Rok XLVIII. Kraków, dnia 24. kwietnia 1909. Nr 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. Dra W. Jaworskiego.

O wartości leczniczej surowicy przeciwgruźliczej Marmorka.

Na podstawie doświadczeń poczynionych w klinice lekarskiej Uniw. Jag. w roku 1907/8.

Podał

Dr Stanisław Szurek,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Krótkie wyciągi z obszernych historyi chorób pozwalamy sobie przytoczyć jako dokumenta dla oceny wartości leczniczej surowicy Marmorka.

I. J. K. l. 40, wyrobnik kolejowy, dź. prz. 25. X. 907. Rozp. klin.: *Phthisis pulmonum (stadium secund.) pleuritis sicca dextra.* Początek choroby przed 2 laty silnem zaziębieniem, w grudniu 1906 krwotok trójdniowy, z początkiem lutego 1907 krwotok po raz wtóry. Osłabienie, wychudnienie, dreszcze niewielkie, bezsenność, duszność, kłucia w klatce piersiowej, plwocina skąpa, łaknienie mierne, stolec zaparty. Przedmiotowo: ciepłota od 37—38^{0}4', tętno 88, ciężar ciała 61·000, prątki +. Dnia 2. II. pierwsze podskórne wstrzyknięcie 5 cm^3 M. S. bez odczynu miejscowego. D. 3. II. w nocy dreszcze, ból głowy, ciepłota 38^0, tętno 80. D. 4. II. wstrz. drugie. M. S. w brzuch bez odczynu miejscowego, kłucie w boku mniejsze, ciepłota 36·8, tętno 76, w nocy dreszcze niewielkie, kaszel silniejszy niż zwykle, odkrztuszanie bardzo skąpe, ból głowy nieznaczny, łaknienie dobre. D. 6. II. trzecie wstrz. M. S. w brzuch bez odczynu miejscowego, ciepłota popołudniowa 38·2, tętno 92. D. 8. II. w nocy dreszcze, poty, osłabienie, ból głowy, sen zły, ciepłota 39·0, tętno 112; czwarte wstrzyknięcie 5 cm^3 M. S. D. 10. II. wstrz. piąte w pośladek, osłabienie, poty w nocy, ciepłota 37·5, tętno 84. Przedmiotowo: w szczycie prawym przytłumienie wyraźniejsze, niż dawniej, tarcia opłucnego nie słychać, w szczycie lewym rzężenia liczniejsze, dość dźwięczne i sięgające w dół dalej, bo aż do połowy łopatki. 12. II. szóste wstrzyknięcie M. S. w brzuch, kaszel mierny, sen lichy, ciepłota 37·8, tętno 96, odczynu brak, w nocy sześć stolców wodnistych i jeden z rana. 14. II. wstrzyknięcie siódme w brzuch, ciepłota najwyższa 37·4, tętno 80, odczynu brak, 5 stolców wolnych, ogółem stan dobry. 16. II. wstrzyknięcie ósme w pośladek, osłabienie większe, bole głowy, łaknienie gorsze, biegunka, ciepłota 38·2, tętno 88; następnego dnia duszność, poty, pragnienie, ciepłota z rana 39·0, tętno 100, łaknienie mniejsze, 5 stolców wodnistych, z powodu biegunki podano makowiec. 18. II. dziewiąte wstrzyknięcie w brzuch, w nocy poty, ciepłota najwyższa 37·1, tętno 80, łaknienie lepsze, stolca brak, osłabienie również mniejsze. 20. II. dziesiąte wstrzyknięcie w brzuch, łaknienie dobre, stan ogólny wcale dobry, waga 61·200, prątki + co do ilości jak poprzednio w każdym razie nie mniej. Przerwa dwutygodniowa, ciepłota między 36·8 a 38·8, chory na ogół znacznie silniejszy, w łóżku tak silny, że zdaje mu się, że skały mógłby łamać, w czasie chodzenia szybkie męczenie i brak oddechu, kaszel mały, odkrztuszanie skąpe, dreszcze czasem niewielkie, tożsamo i poty, łaknienie lepsze, stolec od czasu do czasu biegunkowy. Przedmiotowo: Chory wygląda lepiej, twarz rumiana, pełniejsza, po stronie lewej w dole z tyłu świeże rzężenia niezbyt liczne, mało dźwięczne. 7. III. druga serya wstrzykiwań, tj. jedenaste wstrzyknięcie, ciepłota ranna 39·0, odczynu brak. — 9. III. dwunaste wstrzyknięcie w brzuch, stan podmiotowy dobry. — 11. III. wstrz. trzynaste w brzuch, ciepłota najwyższa 38·1, odczynu brak, trochę duszności, kaszel suchy. — 13. III. wstrz. czternaste, najwyższa ciepłota 37·5. — 15. III. wstrz. piętnaste w pośladek, ciepłota 37·4, stan podmiotowy dobry. — 17. III. szesnaste wstrz. w brzuch, a następnego dnia ciepłota 39·2, poty, kaszel dokuczliwy, suchy, kłucie w piersiach.— 19. III. siedmnaste wstrz. w brzuch, ciepłota najwyższa 37·9, bez odczynu, stan ogólny dobry. — 21. III. ośmnaste wstrz. w pośladek, ciepłota najwyższa 37·5. — 23. III. i 25. III. dziewiętnaste i dwudzieste wstrz., bez odczynu, waga 66·000, prątki +. Na własne żądanie wychodzi chory do domu z zamiarem powrotu po 10 dniach; przez pierwsze 2 dni miał się mieć dobrze, poczem stan jego miał się tak dalece pogorszyć, że na dalsze leczenie wstrzykiwaniami nie chce przyjść do kliniki. Badanie krwi dn. 27. IX., c. b. 8400 c. cz. 4.712.000 (po potach), Hb. 65% (Gowers). Dnia 29. II. z. b. 11200, z. cz. 4.840.000 Hb 68%. Mocz przez cały czas bez białka, bez cukru i bez odczynu dwuazowego. Ogółem dostał chory 100 cm^3 M. S. podskórnie.

II. J. G., l. 15, uczeń gimn. przyjęty 14. II. 907, rozp. klin: *Tbc. pulmonum, laryngis et intestinorum destructiva.* Początek choroby nagły w lutym r. 1907, dreszczami, gorączką, chrypką, kaszlem silnym; od 2 tygodni duszność, kłucie w klatce piersiowej, dreszcze, poty, duszność od czasu do czasu, kaszel niewielki, suchy, chrypka, łaknienie mierne, w brzuchu kruczenie z przelewaniami, stolce przeważnie płynne (3 na dobę). Dziedziczność ze strony matki. Przedmiotowo: gorączka trawiąca między 36·8 a 38·5, tętno powyżej 100, ciężar ciała 21·500, prątki +. 17. II. pierwsze wstrzyknięcie M. S. 2 $^1/_2$ cm^3 w pośladek bez odczynu. Dnia następnego chory więcej osłabiony, kaszel silniejszy, ciepłota najwyższa 38^0, tętno między 112 a 128. — 19 II. wstrz. drugie M. S. 2 $^1/_2$cm^3, łaknienie dobre, stolce płynne, prątki w kale +. 21. II. trzecie wstrz. M. S. 2 $^1/_2$ cm^3, w okolicy wstrzyknięcia z dn. 19 i 21 lekkie smugowate zaczerwienienie, które utrzymuje się do dnia następnego. 23. II. czwarte wstrz. 2 $^1/_2$ cm^3, łaknienie gorsze, ciepłota między 37^0 a 38^0, odczynu brak. 25. II. ból głowy, piąte wstrz. 2 $^1/_2$ cm^3 M. S. w pośladek bez odczynu, stan ogólny dość dobry. 27. II. szóste wstrzyknięcie w brzuch, stan ogólny dobry. 29. II. siódme wstrz. w brzuch bez odczynu. 1. XII. ósme wstrz. w pośladek, chrypka, kaszel ze skąpą plwociną utrzymują się bez zmiany, ciepłota w tych samych granicach. 3. XII. dziewiąte wstrz., kaszel mniejszy, odkrztuszanie utrudnione. 5. XII. dziesiąte wstrz. w pośladek. Przerwa dwutygodniowa. Dnia 12. XII. w nocy silny kaszel ogólne osłabienie większe, niż przedtem. Dn. 19. XII. stan podmiotowy gorszy, przygnębienie, apatya, sen przerywany z powodu kaszlu, łaknienie upośledzone, stolce biegunkowe, poty ograniczone do głowy, kaszel częsty, uporczywy, odkrztuszanie trudne, głos bardzo cichy, ochrypły, szybko wyczerpujący się; zmiany przedmiotowe jak poprzednio, tylko w okolicy dolnego kąta lewej łopatki liczne drobne dźwięczne rzężenia; wyrostek robaczkowy i jelita ślepe przy obmacywaniu bolesne. Od 20. XII. do 2. II. dalsza serya wstrzykiwań podskórnych M. S. po 2$^1/_2$ cm^3

bez miejscowego odczynu, mimo biegunki, którą zwalczano makowcem i środkami ściągającymi. Od 4. II. z powodu osłabienia coraz większego wstrzymano wstrzykiwania. Dnia 9. śmierć. Zwłoki uwolnione od sekcyi. Ostatnia waga ciała z dnia 19-stego 20·150. Badanie krwi z dnia 15. II. c. b. 8000, c. cz. 3.003.000 Hb. 35% Gowers. Mocz bez białka z odczynem dwuazowym na początku słabo dodatnim, później wyraźnym. Ogółem dostał chory podskórnie 42 $^1/_2$ cm³ M. S.

III. A. J., l. 30, żona szewca, przyjęta 22. II. z rozpoznaniem: *Infiltratio apicum praecipue sin. Adhaesiones pleur. sin.* Początek obecnej choroby w maju 1907 bólem głowy, dreszczem, silnym kaszlem, obfitymi potami, gorączką i krwopluciem, po 5 tygodniowym pobycie w górach czuje się chora przez 3 miesiące prawie zdrową; od 2 tygodni po powrocie dreszcze, gorączka, kaszel, poty, bole kłujące w piersiach, brak łaknienia, chrypka, bole w okolicy pępka przed stolcem i przy oddawaniu stolca. Dziedziczność ze strony ojca. Waga 39·500, ciepłota między 37 a 39·3, tętno między 84 a 112. Dnia 29. II. pierwsze wstrzyknięcie M. S. 5 cm³ podskórnie bez odczynu i t. d. co drugi dzień. — Ciepłota między 36·6 a 38·9, tętno poniżej i powyżej 100. W nocy z 5. na 6. kaszel bardzo silny, wysoka gorączka, zrywania i majaczenia. Od 7. do 13. M. S. 5 cm³ przed odbytnicę. Stan ogólny dobry, poty, ciepłota niższa, dochodząca najwyżej do 38·4, tętno między 80 a 104. Po trzynastem wstrzyknięciu chora czuje się silniejszą, odpluwa więcej, kaszel większy, dreszczy, potów brak. Dnia 16. czternaste wstrzyknięcie przez odbytnicę, stan płuc bez żadnej poprawy, z tą tylko różnicą, że świsty i furczenia dają się obecnie stwierdzić aż do dolnej granicy płuca lewego, ciężar z dnia 12. III. 38·200. Chora na własne żądanie opuszcza klinikę na święta z zamiarem powrotu po Nowym Roku; jakie jej dalsze losy, nie wiadomo, ponieważ chora z powrotem się nie zgłosiła. Badanie krwi z 27. II. c. b. 7800, c. cz. 4008000, Hb. 68%. W moczu prawidłowym odczyn dwuazowy, początkowo bardzo wyraźny, z 9. III. znika. Ogółem chora dostała 70 cm³ surowicy, częścią podskórnie, częścią przez odbytnicę.

IV. T. B., l. 24, słuchacz weterynaryi, przyjęty 26. II. 907 z rozp.: *Phthisis pulmon. utr. praec. sin., Cavernae pulm. sin. Adhaesion. pleural. ambilater. Tumor lienis. Otitis media tbc. dextra.* Początek w zimie 1903 objawami nieżytowymi, w maju 1905 krwotok płucny ($^1/_4$ szklanki krwi), w r. 1906 chory osłabiony, niezdolny do pracy, odczuwa przy głębokim oddechu kłucie po lewej stronie klatki piersiowej z przodu, w kwietniu 1907 suchy kaszel, poty w nocy obfite i nizka gorączka bez dreszczów. 10. IX. silny krwotok (szklanka krwi), 9. II. drugi krwotok, a w 4 dni potem trzeci słabszy. Dn. 15. X. nieżyt nosa, uczucie zatkania w uchu prawem, strzykanie i szum, w 2 tyg. ropotok z ucha prawego w skąpej ilości, dotąd trwający, nadto szum w uchu i zawroty głowy czasami. Chory zawsze skłonny do biegunek, od czasu choroby płucnej miewa po kilka stolców płynnych na dzień. Dziedziczność ze strony matki. Przedmiotowo: Ciepłota między 37° a 38° C., tętno 84, waga 57.700 prątki + (b. liczne). Przebieg: 3. XII. pierwsze wstrz. 5 cm³ M. S. podskórnie w pośladek bez odczynu, ogólny stan dobry, ciepłota najw. 37·8, t. 88. 5. XII. drugie wstrz. M. S. pod skórę brzucha bez odczynu miejscowego, popołudniu ból głowy niewielki, ogólny stan zresztą dobry, ciepłota najw. 37·6, tętno 84; 6. XII. najw. ciepłota 38·, tętno 96. 7. XII. trzecie wstrz. M. S., 8. XII. ból głowy, ciepłota najw. 38·3. 9. XII. czwarte wstrz. M. S., ciepł. najw. 38·, 10. XII. brak odczynu, ciepłota 37·8, ogólny stan dobry, 11. XII. piąte wstrz. M. S. w pośladek, najw. ciepł. 38·3, odczynu brak, ogólny stan dobry, 13. XII. szóste wstrz. M. S. bez odczynu, ból głowy, ciepł. najw. 37·4, 17. XII. ósme wstrz. M. S., ciepł. 37·7, kaszel duży, w plwocinie ślady krwi, ból głowy, 19. XII. dziewiąte wstrz. M. S., stan podmiotowy dobry, odczynu brak, ciepł. 37·9, w dniu nast. 38·8 ze spadkiem do 36·8, 21. XII. dziesiąte wstrz. M. S., ciepł. 37, kłucie w boku prawym, tarcie opłucnowe. Od dnia następnego przerwa przez 2 tygodnie, ciepłota 39·5, kłucie silne w boku prawym, tarcie opłucnowe, 23. XII. ciepł. 38.6, oddychanie swobodne, kłucie nieznaczne. Odtąd do 2. I. 908, ciepłota między 37·6 a 39·2 lub 38·8, waga 55·300. Dnia 2. 1., ciepłota nieznacznie podniesiona, chory słabszy, kaszel silniejszy, ból głowy, kłucie nieznaczne. Przedmiotowo: chory bledszy, chudszy, stan płuc gorszy, przytłumienia po obu stronach posunęły się w dół, po stronie lewej rzężenia dźwięczne sięgają prawie do dolnego dołu łopatki, granica prawa z przodu i w pasze przedtem ruchoma, obecnie wyżej ustawiona i zupełnie nieruchoma. Łaknienie lepsze, stolec zaparty. Od 3. I. do 15. I. 7 dalszych wstrzyknięć M. S. podskórnie bez odczynu miejscowego, ciepłota wyższa między 37·2 a 38·8, 17. I. z powodu osłabienia dalsze wstrzykiwania przerwano. Odtąd chory stale podupada na siłach, traci na wadze (19. II. 44.900), gorączkuje stale wysoko do 39°, pod koniec do 38°; przedmiotowo przytłumienie po obu stronach od góry do dołu, objawy jamy w szczycie lewym i w dole po tej samej stronie w linii pachowej, na całej przestrzeni obustronnie liczne rzężenia drobno i średnio bańkowe dźwięczne, niedowład prawego nerwu twarzowego, pod koniec wyraźniejszy. Dnia 2. III. śmierć.

Krew: 30. II. c. cz. 5.000.000, Hl. 65% (G.), poikilocytoza wyraźna d. 4.II. c. cz. 4.200.000, Hb. 54%. poikilocytoza. Mocz: odczyn dwuazowy cały czas bardzo wyraźny. Prątki w plwocinie zawsze + w tej samej ilości. Rozp. anat.: *Tuberculosis pulmon. Cavernae tbc. obsoletae et recentiores confluentes partem super. lobi super. pulm. sin. obtinentes, pneumonia caseosa partium infer. lobi sup. pulm. sin. Tbc. fibrosa c. caverna. Tbc. obsoleta (parva) apud pulmon. dextr. Tbc. caseosa nodosa et miliaris (recens) pulm. dextri et lobi inf. pulm. sin. Synechiae pleurit. tenues dextrae ad part. super. Exsudatum pleurit. serofibrinosum incapsulatum ad basim lobi infer. pulm. d. Bronchitis diffusa. Ulcera tbc. recentia intestin., praec. int. ilei. Tbc. multipl. glandul. mesaraic. Tumor lienis chron. Dilatatio ventric. Hypoplasia cordis, aortae. Macies permagna. Erosiones ventriculi ex ecchymosibus in parte pylorica.* Ogółem chory dostał 85 cm³ MS.

V. E. J., l. 25, szewc, przyjęty d. 7. III. 1908, z rozp.: *Induratio apic. utr, praec. dextri, synechiae pleurit. d.* Początek obecnej choroby w styczniu 1908 krwotokiem płucnym, potem w ciągu 2 tygodni 8 krwotoków płucnych, obecnie osłabienie ogólne, kaszel nieznaczny, plwocina skąpa, kołatanie serca po zmęczeniu, częste zmazy nocne. Dziedziczność ze strony matki. Przedmiotowo: tętno 62, ciepłota poniżej 37·0, waga 54·800, prątki. Od 10. III. codzienne wstrzykiwanie po 5 cm³ MS. podskórnie, nadto bromglidin (3 kołaczyki dziennie); bole powierzchowne brzucha, na skórze po każdorazowem wstrzyknięciu silny odczyn miejscowy w postaci obrzmienia, silniejszego zaczerwienienia i bolesności, gruczoły pachwinowe obustronnie, zwłaszcza po stronie prawej powiększone, bolesne; wskutek tego zaprzestano wstrzykiwań (dotychczas 6) i polecono okłady z płynu Burowa. Ciepłota ranna poniżej 37·0, popołudniowa do 37·2 lub 37·4. — D. 22/3 ponownie wstrzyknięcia MS. podskórnie 5 cm³ codziennie i do dnia 30/3 zrobiono 15 wstrzyknięć. Ciepłota popołudniowa stale do 37·2, a raz 22/3 37·8. Po 15-dniowej przerwie ponownie od 14/4 wstrzykiwania codzienne po 5 cm³ MS. podskórnie; chory znosi je teraz bardzo dobrze, odczyn miejscowy niewielkiego nasilenia utrzymuje się 3—6 godzin, stan podmiotowy dobry, chory nie kaszle; stan przedmiotowy jak poprzednio; ciepłota dochodzi najwyżej do 37·0, waga 54·700; d. 2/5 wstrz. 15. Chory silniejszy, nie kaszle, potów brak, dreszcze chwilami nieznaczne, łaknienie lepsze, stolec prawidłowy, ciepłoty od 26/4 wyższe, dochodzące do 37·6 popołudniu. Stan płuc bez zmiany: waga 54·000. Mocz bez zmian. Krew nie badana. Ogółem wstrzyknięto 150 cm³ MS.

VI. M. G., l. 36, żona gospodarza, przyjęta 16/10 1907, z rozp.: *Induratio apicum praec. dextri, concretiones pleurales dextrae, exsudatum parametricum, sactosalpinx sin. prob. tbc.* Początek choroby w sierpniu 1907 po poronieniu; kaszel, rozpływne poty, dreszcze, wieczór gorączka, kłucie w boku prawym; dziedziczności brak, porodów 4, od sierpnia brak miesiączki. Przedmiotowo: gorączka trawiąca między 36·4 a 39·1, tętno drobne, słabo napięte 104, waga 44·000, prątki +, przez nakłucie w 4 miejscach dokonane w linii łopatkowej prawej i pachowej w jednem tylko miejscu zdołano wydobyć kilka kropel płynu surowiczego, mętnego. Stan ciągle jednakowy, łaknienie dobre, stolec zaparty, kłucie w boku prawym, kaszel, dreszcze, poty. Dnia 14/11 pierwsze wstrzyknięcie MS. 5 cm³ podskórnie, ciepłota najwyższa 38·9, tętno 104, odczynu brak; 15/11 ból głowy, dreszcze niewielkie, poty, kaszel skąpy. 16/11 drugie wstrz., ciepłota najw. 38·3, tętno 100; 17/11 bol głowy, kłujący niewielki kaszel, poty. 18/11 trzecie wstrz., ciepłota najw. 38·4, tętno 108, kaszel suchy, większy, ciężkość na piersiach, stan podmiotowy dobry. 20/11 czwarte wstrz., bez odczynu, ciepłota najwyższa 38·5; 21/11 w nocy silny bol głowy i poty. 22/11 piąte wstrz., najwyższa ciepłota 38·5, bol głowy, ciężkość na piersiach; od 24. do 2/12 5. dalszych wstrzyknięć podskórnych, ciepłoty wieczorne dochodzą do 38·7, tętno powyżej 100, kaszel, dreszcze, poty jak dawniej, odczynu brak. Dn. 7/12 badanie plwociny prątków nie wykazało. Przez całą 2-tygodniową przerwę ciepłota waha się między 37 a 38·7, 14/12 dochodzi do 38·7. Zmiany przy opukiwaniu i osłuchiwaniu takie same jak poprzednio, tylko drżenie po stronie prawej nieco wyczuwalne, rzęże-

nia bardzo skąpe, w jednem tylko miejscu na zewnątrz linii łopatkowej prawej słyszalne, kaszel taki sam, odkrztuszanie skąpsze, stan sił nieco lepszy, łaknienie również lepsze, dreszczyki czasami, poty co noc nie wielkie i mniejsze niż dawniej. Od 17/12 do 8/1 dalsza serya podskórnych wstrzykiwań MS. po 5 cm^3, ciepłota między 37 a 38·9, a nawet w ostatnich dniach dochodzi do 39·7, tętno poniżej lub powyżej 100, stan podmiotowy i przedmiotowy bez zmiany, ciężar ciała z 6/2 43·600. 23/1 po stronie prawej ponad więzadłem Pouparta stwierdzono naciek w postaci oporu ciastowatego, silnie bolesnego, o granicy zatartej; badanie przez pochwę wykazało wypuklenie sklepienia prawego i bolesność. Z tego powodu przeniesiono chorą na oddział chorób kobiecych szpitala św. Łazarza. Badanie krwi: c. cz. 3·365000, c. b. 8400, Hb. 46%. Mocz ze śladem białka, początkowo bez odczynu dwuazowego, od 9/11 okazuje odczyn dwuazowy bardzo wyraźny. Ogółem chora dostała podskórnie 100 cm^3 MS.

VII. S. B., l. 20, student seminaryum nauczycielskiego, przyjęty 2. 12. 1907 z rozpoz.: *Tuberculosis pulmonum destruct., amyloidosis renum, lienis et tractus intestinalis.* W roku 1906 nieznaczne krwioplucie i niewielki kaszel, w lutym 1907 przez 4 tygodnie kaszel i gorączka, od miesiąca kaszel, poty nad ranem bez dreszczów, kłucie w okolicy serca, łaknienie małe, czasem wymioty, raz w tygodniu biegunka (3—4 stolców płynnych), dziedziczności brak. Przedmiotowo: ciepłota między 36·8, a 38·1, tętno miękkie 84, waga 48·000, prątki +.

Dnia 6. 12. pierwsze wstrzyknięcie podskórne. M. S. 5 cm^3 bez odczynu, stan podmiotowy dobry. 8. 12. drugie wstrz. bez odczynu. 10. 12. trzecie wstrz. również bez odczynu, ciepłoty dochodzą do 38·0 12. 12; czwarte wstrz. lekka bolesność w miejscu wkłucia, ogólny stan podmiotowy dobry. 14. 12. piąte wstrz. w pośladek, ciepłota podnosi się do 39·5, lekki obrzęk gruczołów pachwinowych, bolesność przy ucisku i chodzeniu, ból głowy, w okolicy stawu łokciowego lewego i prawego rozlane zaczerwienienie, a przy ucisku bolesność. 16. 12. Szóste wstrz. w brzuch, ciepłota dochodzi do 39·8, opisane zmiany utrzymują się; na kończynie dolnej prawej w okolicy stawu kolanowego i na goleni nieliczne różowe plamki. — 17. 12. oprócz powyższych objawów bolesność brzucha, zwłaszcza przy kaszlu, w okolicy wkłucia bolesność dotykowa, na klatce piersiowej w okolicy pachy prawej 2 plamy czerwone, na obu kończynach dolnych liczne odosobnione plamki, szczególnie liczne na goleniach po stronie zewnętrznej, zlewające się, ciepłota najwyższa 38·8; 18. 12. osutka na kończynach dolnych blednie, gruczoły pachwinowe po stronie prawej powiększone i bolesne, po lewej nieco powiększone, i mniej bolesne. 19. 12. siódme wstrz., ciepłota najwyższa 38·1, osutka ustąpiła prawie zupełnie, bolesność bardzo mała, jedynie w okolicy pachwinowej prawej większa. 21. 12. ósme wstrz., bolesność ustąpiła zupełnie, ciepłota nie dochodzi do 38; 22. 12. bolesne obrzmienie w okolicy ostatniego wstrzyknięcia, stan podmiotowy dobry. 23. 12. dziewiąte wstrzyknięcie, a 25. 12. dziesiąte wstrz. podskórne bez odczynu miejscowego przy stanie podmiotowym dobrym, ciepłotach dochodzących do 38·0, a nawet je przekraczających. Odtąd 2-tygodniowa przerwa; chory czuje się lepiej, śpi dobrze, kaszel mniejszy, nie poci się, natomiast przedmiotowo stwierdzić można pogorszenie, ponieważ przytłumienia z przodu sięgają, jak dawniej, natomiast z tyłu po prawej do połowy łopatki, po lewej na 2 palce powyżej kąta dolnego łopatki, rzężenia zaś po lewej, jakkolwiek naogół skąpsze, również sięgają dalej, bo prawie na 2 palce powyżej dolnego kąta łopatki. Dnia 9. 1. chory czuje się silniejszy; sen dość dobry, potów brak, kaszel mniejszy, łaknienie dobre, stolec prawidłowy; tegoż dnia rozpoczęto 2-gą seryę wstrzykiwań podskórnych po 5 cm^3. M. S., które trwają aż do dnia 27. 1.; w okolicy wkłucia prawie stale lekki obrzęk i bolesność przy dotykaniu, które zwykle na drugi dzień ustępują; ciepłoty dochodzące początkowo do 38 już przy trzeciem wstrzyknięciu przekraczają 38·0 i dochodzą do 38·4. Waga 47·200. Podmiotowo czuje się chory trochę lepiej, natomiast stan przedmiotowy chorego coraz gorszy, w moczu ilość białka wzrasta, 2 razy dziennie pojawia się biegunka. Choremu polecono wyjazd na wieś, skutkiem czego opuszcza klinikę dnia 5. 3. 1908. Badanie krwi z dnia 5. 12. c. b. 12·000, c. cz. 4·200·000, Hb. 63%, poikilocytoza. W moczu białko w ilości 1‰ (Essbach); początkowo brak odczynu dwuazowego, później odczyn dodatni; pod koniec białka 3½‰, a pod drobnowidem wałeczki szkliste i ziarniste, obłożone krwinkami białemi. Dnia 18. 3. chory przyjęty powtórnie do kliniki z rozp.: *Tuberculosis pulmonum destructiva. Cavernae pulmonis utr. Ulcera tbc. ad cavum oris et ad laryngem. Ulcera tbc. intestini. Amyloidosis renum. Tumor lienis. Anaemia.* Od chwili opuszczenia kliniki pogorszenie znaczne, ciepłoty wieczorne dochodzą do 39·6, od 13. 3. stolce krwawe, połączone z parciem (6, 8, do 10 dziennie) i równocześnie bole po lewej stronie brzucha, a kończyny dolne nieznacznie dookoła kostek obrzękłe. Ciężar ciała 43·800. W moczu białka 6‰ z bardzo licznymi wałeczkami szklistymi, obłożonymi nabłonkami nerkowymi. Dnia 4. 4. śmierć.

Rozp. anatomiczne: *Tuberculosis pulmonum destructiva et nodosa caseosa (Cavernae tbc. apic. pulmon. utriusque praec. sinistri et partis supremae lobi infer. pulmonis sinistri. Tuberculosis caseosa nodosa disseminata pulmonis utriusque). Synechiae pleurales in regione apic. pulmon. utriusque praecipue sinistri. Ulcera tuberculosa superficialia linguae. Ulcera tbc. profunda laryngis, praecip. dextrae. Ulcera tbc. copiosa partis posterioris tracheae. Ulcera tbc. intestinorum praecip. crassi. Appendicitis tuberculosa. Hypoplasia cordis et arteriarum. Amyloidosis renum. Amyloidosis disseminata (sago) lienis. Anaemia. Inanitio. Anasarca pedum.* Ogółem dostał chory 100 cm^3 MS.

VIII. J. Dż., l. 18, przy rodzicach, przyjęta 3. 11. 1907. Rozp.: *Infiltratio apicum praec. dextri.* Kaszel od 2 lat, w lecie bieżącego roku krwioplucie, od sierpnia po kilka razy w tygodniu dreszczyki i ciepłota podniesiona do 37·2 i 37·7, potów brak, łaknienie średnie, stolec prawidłowy. Przedmiotowo ciepłota stale ponad 37·0 między 37·1, a 37·7, ciężar ciała 49·000, prątki +. Leczenie: wstrzykiwania tuberkulolu Landmanna (Dr Korolewicz). Dnia 21. 12. opuszcza chora klinikę z przybytkiem 2 klgr na wadze. Przyjęta ponownie dn. 5. 1. 1908 skarży się na bole nieznaczne w boku prawym, częste dreszcze, bole głowy, szczególnie rano, kaszel ustawiczny, chrypkę szczególniej w rannych godzinach, kłucie w boku prawym; łaknienie dość dobre, stolce prawidłowe. Zmiany przedmiotowe takiesame, jak poprzednio, ciepłota wyższa od poprzedniej, waha się między 37·6, a 38·7, ciężar 50·100, prątki +. Dn. 12. 1. pierwsze wstrzyknięcie. M. S. 5 cm^3 podskórnie w pośladek, następnego dnia ból głowy, bezsenność, odczynu brak; 14. 1. drugie wstrzyknięcie, po wstrzyknięciu osłabienie ogólne, poty, ból głowy, niemoc w członkach, później senność, odczynu brak. 16. 1. trzecie wstrz., w nocy bole brzucha, ból głowy, dreszcze, ciepłota dochodzi do 38·1, miejscowo niema odczynu; 18. 1. dreszcze, biegunka, bole brzucha, ciepłota wieczorem 38·4. 19. 1. chora nie zgadza się na dalsze wstrzykiwania, skutkiem czego je wstrzymano. Zmiany przedmiotowe bez żadnej poprawy, ciężar ciała 50·800. Mocz bez białka i odczynu dwuazowego. Ogółem dostała chora podskórnie 15 cm^3 M. S.

IX. K. S., l. 25, żona urzędnika, przyjęta dn. 6. 2. 1907 z rozp.: *phtisis pulmonum (stad. sec.).* Początek choroby w październiku 1906 kaszlem suchym, silnymi dreszczami i potami; przy silnym kaszlu wymioty; w marcu 1907 pozorna poprawa; od 2 miesięcy dreszcze, poty kilka razy na tydzień, zazwyczaj przed południem. Dwie siostry chorej zmarły na gruźlicę. Przedmiotowo: ciepłota między 36·7, a 37·9, tętno 104, ciężar ciała 51·500, prątki +. Dn. 10. 2. pierwsze wstrzyknięcie 5 cm^3 M. S. podskórnie, odczynu brak, ciepłota doszła do 38·6. 12. 2. drugie wstrz., ciepłota 38·5, tętno 108, kaszel, poty, kłucie w boku lewym powyżej sutka, następnego dnia kaszel jeszcze silniejszy wskutek usunięcia morfiny. 14. 2. trzecie wstrz., ciepłota najw. 38, tętno 108, ból głowy, dreszcze, 2 stolce płynne z bolami, kaszel tak gwałtowny, że chorej napowrót musiano podać morfinę; następnego dnia bezsenność, kaszel bardzo silny, dreszcze, ciepłota najw. 37·6, tętno 96, 3 stolce płynne, bolesność w okolicy miejsca nakłucia. 16. 11. czwarte wstrz. kaszel mniejszy, odczynu brak, ciepłota 38·7, tętno 104, w nocy bezsenność, bole głowy, w miejscu wkłucia lekkie zaróżowienie skóry; 17. 11. osłabienie, dreszcze, poty, ciepłota w. 39·6, tętno 112, w miejscu wkłucia zaróżowienie skóry i bolesność, łaknienie mniejsze. 18. 11. piąte wstrz. podskórne, osłabienie, dreszcze w południe, kaszel większy, ciepłota w. 40·1, tętno 120, stolec zaparty, w miejscu czwartego wstrzyknięcia zaczerwienienie skóry owalne, wielkości dłoni, przy dotykaniu nieco bolesne, w miejscu piątego wstrzyknięcia zaczerwienienie owalne, nieco uniesione ponad powierzchnię otaczającej skóry, przy ucisku bolesne. 19. 11. bezsenność, kaszel, ciepłota najw. 38·6, zaczerwienienie na pośladku w środku prawie ustąpiło, brzeg tylko silniej zaczerwieniony, nieco bolesny; na brzuchu w okolicy poprzednich wstrzyknięć pasmowate zaczerwienienie; gruczoły pachwinowe powiększone, zwłaszcza prawy, bolesne, wielkości fasoli; także gruczoły w pasze lewej powiększone, nieco bolesne. 20. 11. obrzęk gruczołów chłonnych utrzymuje się, bolesność ich mniejsza, zaczer-

wienienie na brzuchu i pośladku ustąpiło, silny ból głowy, ciepłota podniesiona do 39.11. 22. 11., ciepłota 39·4, osłabienie ogólne, kaszel bardzo silny, obrzmienie znacznie mniejsze, bolesność dotykowa nieznaczna. 23. 11. Stan tensam, ciepłota popołudniowa 39·9. 25. 11., ciepłota 39·5, ból głowy, ogólne osłabienie, bole o charakterze gośćcowym w kończynach górnych i dolnych, silniejsze po stronie lewej, w stawach nadgarstkowym, łokciowym, kolanowym przy próbach ruchu wielka bolesność.

26/11 ciepłota 39·2, bole ustępują, osłabienie utrzymuje się; 27/11 ciepłota 38·5, bolesności przy ruchach niema, kaszel mniejszy, stan podmiotowy lepszy. Od 3/12 aż do 17/12 włącznie 15 lawatyw M. S. po 5 cm, ciepłota waha się teraz między 37·0 a 39·6, 6/12 podnosi się nawet rano do 41·4, ciężar ciała 48·000, prątki + (w tej samej ilości). Badanie przedmiotowe płuc stwierdza przytłumienie w tych samych granicach, co dawniej, rzężeń jednakowoż mniej; podmiotowo chora czuje się silniejszą, łaknienie w pierwszym tygodniu pobytu bardzo dobre, które później się pogorszyło, ma być obecnie takie same, jak przy wstąpieniu do kliniki, kaszel obecnie mniejszy, dreszcze i poty bardzo niewielkie i nie częste. Dn. 18/12 kaszel tak silny w nocy, że w plwocinie pojawiają się smugi krwi. Dn. 21/12 wypuszczono chorą na własne żądanie. Badanie krwi: c. b. 8100, c. cz. 4,200.000, Hb. 60%. Mocz bez białka, bez odczynu dwuazowego, dn. 21/11 odczyn dwuazowy wyraźny, później tylko słabo zaznaczony. Ogółem chora dostała 90 cm³ M. S. Po tygodniowym pobycie w domu dn. 10/1 1908 powraca do kliniki i podaje, że przez pierwszych parę dni czuła się nieco lepiej, później kaszel suchy powrócił, tożsamo poty, brak łaknienia, wymioty po jedzeniu. Przedmiotowo: ciepłota waha się między 36·7 a 39·8, ciężar ciała 44·300, odczynu dwuazowego brak, w płucach zmiany przedmiotowe, takie same, jak poprzednio. 12/1 trzecia serya lawatyw M. S. po 5 cm³. Stan ogólny znacznie gorszy, kaszel gwałtowny mimo narkotyków, dreszcze, poty, brak łaknienia, ciepłota stale podniesiona między 36·7 a 39·6, odczyn dwuazowy dodatni. W stanie znacznie gorszym 6/2 przewieziono chorą do zakładu Helclów. Ogółem dostała chora 165 cm³ M. S.

X. G. G. l. 17, przy rodzicach, przyjęta 28/12 1907 z rozpoznaniem: *Tuberculosis pulmon. dextri*, *graviditas mensium* IX (Bigemia). Początek choroby przed dwu laty kaszlem i niewielkiemi gorączkami wieczornemi, później poprawa; przed 4 miesiącami krew w plwocinie, kaszel ciągły, bardzo silny, wieczorami poty bardzo obfite, kłucie w boku lewym, bezsenność i ogólne osłabienie, łaknienie mierne, pragnienie duże, stolce płynne (2 dziennie). Dziedziczności wykazać nie można. Przedmiotowo: ciepłota niepodniesiona, ciężar ciała 48·100, prątki + (w bardzo małej ilości), mocz ze śladem białka bez odczynu dwuazowego. Od 4/1 do 18/1 włącznie 15 lawatyw M. S. po 6 cm³ bez żadnego wpływu na stan ogólny, łaknienie, kaszel itd. D. 4/2 przeniesiona do szpitala św. Łazarza celem odbycia porodu. Ogółem dostała chora 75 cm³ M. S.

XI. K. K., l. 33, wyrobnica, przyjęta 29/12 907 z rozp.: *Phthisis pulmonum chronica fibrosa*, *tuberculosis laryngis*. Początek obecnej choroby przed 4 laty wieczornemi gorączkami, potami dość znacznymi, bolami w klatce piersiowej i kaszlem męczącym; od dwóch lat chrypka, utrzymująca się do dziś dnia z dusznością głównie wdechową, łaknienie mierne, stolce prawidłowe. Przedmiotowo: ciepłota między 36·7 a 39·9, tętno miarowe, miernie napięte 88, ciężar ciała 45·600, prątki —, krew: c. b. 7000, c. cz. 3,900.000, Hb. 68%, mocz bez białka i odczynu dwuazowego. Od 3/1 co drugi dzień 10 z rzędu wstrzyknięć po 5 cm³ M. S. podskórnie przy stanie podmiotowym dobrym bez odczynu miejscowego; jedynie po szóstem wstrzyknięciu w skórę brzucha lekki obrzęk gruczołów pachwinowych do stronie prawej i bolesność ich przy ucisku. Ciepłota cały czas waha się między 36·9 a 39·2; w przeddzień ostatniego wstrzyknięcia w nocy bole brzucha i 2 stolce płynne, a następnych dni również po kilka stolców na dzień z bolami. Bez żadnej poprawy, otrzymawszy podskórnie 50 cm³ M. S. opuszcza chora 26/1 klinikę i, jak nam doniesiono, wkrótce potem umiera.

(Dok. nast.).

Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

Uwagi nad operacyą Talmy.

Podał

Dr Tadeusz Ostrowski

asystent kliniki.

(Według odczytu wygłoszonego na XV Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie 10. lipca 1908).

(Dokończenie).

Z drugiej strony spostrzeżenia kliniczne, poparte badaniami anatomo-patologicznemi, pouczają nas, że pomimo istnienia znacznych przeszkód w krążeniu żyły wrotnej płynu wolnego w jamie brzusznej może nie być zupełnie. N. p. Frerichs na 26 przypadków marskości wątroby spostrzegał płyn wolny 24 razy, Förster tylko w 84% Klopstock w 69%, a Naunyn zaledwie w 21% przypadków. Zastój żylny w układzie żyły wrotnej może być bardzo znaczny, może wywołać powstawanie wielkich żylaków w przełyku i przewodzie pokarmowym, nie dając zupełnie płynu wolnego w jamie brzusznej. Znane są 3 przypadki Josselin de Jonga zejścia śmiertelnego, powstałego z powodu pęknięcia żylaków w przełyku, gdy w jamie brzusznej nie było ani śladu płynu wolnego. W przypadku Sappeya w więzadle wieszadłowem wątroby żyły były bardzo znacznie porozszerzane, Hoffmann opisuje wyraźną sieć żył okołopępkowych, Hanot żylaki w przełyku, Maixner i Aldor opisują przypadki marskości wątroby, gdzie zupełnie brakowało puchliny brzusznej, a zastój w układzie żyły wrotnej objawiał się wybitnie krwotokami z przewodu pokarmowego.

Spostrzeżenia takie pozwalają nam wysnuwać następujące wnioski: 1) Może istnieć przy marskości wątroby w układzie żyły wrotnej znaczna przeszkoda w krążeniu krwi, doprowadzająca do wystąpienia groźnych dla życia skutków tego zastoju — krwotoki z zejściem śmiertelnem, natomiast bez śladu puchliny brzusznej. 2) Pomimo usunięcia przy marskości wątroby przeszkód w krążeniu krwi w układzie żyły wrotnej, przez stworzenie nowego układu ubocznego — puchlina brzuszna może występować. Opierając się na tem, możemy przypuszczać, że wystąpienie przy marskości wątroby puchliny brzusznej bywa zależne nietylko od przeszkód w krążeniu w układzie żyły wrotnej, ale też i od innych czynników etyologicznych. Na poparcie tego przypuszczenia możemy przytoczyć wyniki doświadczeń, wykonywanych przez Sołowiewa i Ponficka, którzy bardzo często spostrzegali brak puchliny brzusznej przy sztucznie wywoływanym zastoju w układzie żyły wrotnej.

Co się tyczy tych czynników etyologicznych powstawania puchliny brzusznej przy marskości wątroby, których działanie szkodliwe nie ustępuje po wykonaniu operacyi Talmy, to o nich mamy dotychczas niezbyt jasne pojęcie, i dlatego przez rozpatrzenie bliższe naszych przypadków, gdzie spotkał nas zawód po operacyi Talmy, będę starał się nieco tę sprawę wyświetlić. Przy rozpatrywaniu naszych przypadków będę się opierać na protokołach sekcyjnych, jako na materyale rzeczowym, który najdokła-

dniej może objaśnić warunki, w których operacyę Talmy wykonano, i jakie się po jej wykonaniu wytworzyły, i wytłómaczyć zawód, który nas spotkał; przez to samo rzucić nieco światła na sprawę tworzenia się puchliny brzusznej przy marskości wątroby:

I. E. W., lat 50. Rozpoznanie: Marskość wątroby. Operacya Talmy. Przy otwarciu jamy brzusznej stwierdzono znacznie porozszerzane naczynia żylne w powłokach brzusznych, na skórze obraz *caput medusae*. Wątroba mała, twarda, z głębokimi wrębami, o powierzchni grubo-ziarnistej, miejscami grube zrosty torebki Glissona z otrzewną. Śledziona znacznie powiększona, *perisplenitis*. Sieć jakby zbliznowaciała, zgrubiała, podciągnięta w górę, przyrosła do otrzewnej, zrosty te bogato unaczynione. — Wynik pooperacyjny: zejście śmiertelne. Protokół sekcyjny brzmi: *Hepatitis interstitialis chronica atrophica* (1300 gr). *Perihepatitis et perisplenitis chronica fibrosa. Tumor lienis chronicus acute exacerbans. Paranephritis ambilateralis et mesenteriitis chr. fibrosa. Pericarditis chronica sanata. Degeneratio adiposa myocardii et renum, pleuritis chronica adhaesiva sinistra. Ascites. Icterus. Anasarca. Elephantiasis extremitat. infer.* (*cruris*) *ex oedemate chronico. — Status post operationem m. Talma peractam.*

Chodziło tu więc o osobnika, u którego natura sama stworzyła więcej, niż zrobić może operacya Talmy: bogato unaczynione zrosty istniały nietylko pomiędzy siecią i otrzewną, ale też sama wątroba, śledziona i nerki przez zrosty unaczynione były pośrednio połączone, przez co był wytworzony szeroko rozgałęziony układ oboczny dla krwi z układu żyły wrotnej; mieliśmy tu więc warunki, które zalecał stwarzać Omi, radząc nie zadawalniać się tylko »przyszyciem sieci«, lecz dodawać »przyszycie śledziony i nerki« w celu wytworzenia rozleglejszych zrostów z obocznym układem żylnym. Pomimo jednak tego wszystkiego puchlina brzuszna istniała dalej; przyczyny tego dopatrzeć się nietrudno; narządy tej wagi, co serce i nerki, przedstawiały obraz zwyrodnienia tłuszczowego, w sercu mamy oprócz tego skutki przebytego dawniej cierpienia, taksamo w płucach; wszystko to w połączeniu z cierpieniem samo przez się ciężkiem, jak marskość wątroby, spowodowało zejście śmiertelne. Operacya Talmy, stwarzając oboczne krążenie dla krwi układu żyły wrotnej, była skierowana tylko przeciwko jednemu złu, gdy ustrój chorego cierpiał od wielu. — Z tego wysnuć można ten wniosek, że przeciwwskazaniem do operacyi Talmy, a przynajmniej czynnikiem, rokującym słabe nadzieje po tym zabiegu, będzie powikłanie ze strony serca i nerek, również innych narządów, jak płuca, opłucna. W tych warunkach najrozleglejsze zrosty w znaczeniu dróg obocznych (Omi) nie zdołają przeciwdziałać tworzeniu się puchliny brzusznej, która zależy tu od zaburzeń w krążeniu ogólnem, stojących w zależności od zmian w sercu, nerkach i t. d. Oprócz tych zmian w narządach miąższowych wybitnie występowały zmiany w omawianym przypadku w sieci, krezce i otrzewnej: narządy te, jak wyżej podano, nosiły na sobie ślady przebytego zapalenia przewlekłego, z wytworzeniem obfitych zrostów i bujaniem tkanki bliznowatej; zmiany te nie mogły pozostać bez wpływu na tworzenie się puchliny brzusznej, którą możemy poczęści uważać też za skutek przewlekłego zapalenia otrzewnej, zapalenia, które, jak słusznie Klopstock zauważa, mogło zależeć od tych samych przyczyn natury toksycznej, króre wywołały powstanie marskości wątroby.

O istnieniu związku puchliny brzusznej przy marskości wątroby ze zmianami w otrzewnej możemy wnosić na podstawie innych faktów, które wyłuszczę poniżej. Obecnie chciałbym tylko jeszcze raz to podkreślić, że ujemny wynik operacyi Talmy może właśnie od tego zależeć, że nieraz przyczyna puchliny brzusznej leży nie w marskości wątroby (znane są przypadki i to nie rzadkie marskości zanikowej wątroby bez puchliny, przy znacznym zastoju w żyle wrotnej; porównaj wspomniane wyżej przypadki Josselin de Jonga, Sappeya, Hoffmanna, Hanota, Maixnera), głównym zaś czynnikiem, wywołującym powstawanie puchliny, mogą być zmiany w otrzewnej (*peritonitis adhaesiva fibr. chron.*). Nie mamy tu więc puchliny zastoinowej, lecz wysięk zapalny. Jest to zasługą Hale-White, który zwrócił uwagę na to, że w wielu przypadkach, gdzie za życia chorego przyczyny puchliny brzusznej dopatrywano się w marskości wątroby, sekcya rzeczywistą przyczynę wykazywała w przewlekłem zapaleniu otrzewnej ściennej, jak również otaczającej wątrobę. Puchlinę, zależną od marskości wątroby, uważa Hale-White za jeden z późniejszych objawów tego cierpienia, objaw, rokujący szybkie zejście śmiertelne. Zdaniem Hale-White, a za nim Campbell-Thomsona, rzadko który chory, u którego puchlina brzuszna zależy od cierpienia wątroby, przeżyje więcej, niżeli jedno nakłucie. Zwykle tacy chorzy umierają w parę tygodni po pierwszem nakłuciu, ci zaś, którzy przeżyli parę nakłuć brzucha, rokują lepsze nadzieje, gdyż u nich puchlina zależy od poddających się leczeniu operacyjnemu zmian patologicznych w otrzewnej, a nie od marskości wątroby, którą autorowie ci uważają za cierpienie nieuleczalne w okresie istnienia puchliny. O ile słuszność tego rodzaju zapatrywania w ogólności nie została dotychczas dostatecznie dowiedziona, o tyle z drugiej strony nie można odmówić tym autorom rzeczowego uzasadnienia ich wywodów przynajmniej w pewnym zakresie, mianowicie, o ile dotyczą etyologii puchliny brzusznej w znaczeniu tworzenia się wysięku. Zwrócił też na to uwagę Oetinger i Lieblein, który w celu ścisłego rozpoznania zaleca dokładne badanie chemiczne płynu z jamy brzusznej, wskazując na większy ciężar gatunkowy i większą zawartość białka w płynie pochodzącym z zapalenia otrzewnej, w porównaniu z nizkim ciężarem właściwym (1005—1015) i małą zawartością białka (20‰ najwyżej) w płynie przesiękowym, pochodzenia zastoinowego. Gilbert i Villaret zwracają uwagę na obecność leukocytów i limfocytów— ich obecność przemawia za pochodzeniem płynu zapalnem, w płynie zastoinowym spotykamy tylko śródbłonki i krwinki.

Zależność nagromadzania się płynu puchlinnego od spraw zapalnych, występujących przy marskości wątroby w otrzewnej, stanie się jeszcze zrozumialszą, gdy uwzględnimy ważny szczegół, na który zwrócili uwagę Hansemann, Waterhause i Orth. Badacze ci spostrzegli, że w przypadkach marskości wątroby często jako powikłanie występuje ropne zapalenie otrzewnej, nawet tam, gdzie nie było poprzednio nakłucia. Zależy to, zdaniem tych autorów, od osłabienia zdolności bakteryobójczych i wogóle od zmniejszenia odporności otrzewnej; bakterye krążące w ustroju atakują w tych przypadkach otrzewnę, jako miejsce mniejszej odporności. Przy takiej zmniejszonej odporności otrzewnej na bodźce natury biologicznej, łatwo o czynnik etyologiczny zapalenia otrzewnej, z następowem tworzeniem się wysięku do jamy brzusznej, wysięku nie koniecznie ro-

pnego, lecz surowiczego z następowemi zmianami (chociaż i ten pierwszy (ropny) nie należy do rzadkości w otrzewnej; sieci i krezce). Lieblein 25% swych chorych tracił wskutek ropnego zapalenia otrzewnej. Czynnik ten może być analogiczny z wywołującym zasadnicze cierpienie.

Z warunków, wpływających ujemnie na wyniki leczenia puchliny brzusznej sposobem Talmy, należy uwzględnić jedno powikłanie, często występujące przy marskości wątroby. Mam tu na myśli gruźlicze zapalenie otrzewnej. Już Rokitansky opisał spostrzegane często przy marskości wątroby »tuberkulosirende haemorrhagische Pseudomembranen« w jamie otrzewnej; inni autorowie również zwrócili uwagę na częste powikłanie marskości wątroby przez gruźlicę otrzewnej: Förster na 31 przypadków marskości wątroby spotkał 3 razy gruźlicę otrzewnej, Seiffert na 68 przypadków gruźliczego zapalenia otrzewnej — 10 przypadków marskości, Vierordt na 24 przypadki gruźlicy otrzewnej — 5 przypadków marskości. Tak częste wzajemne wikłanie się tych dwóch cierpień, zdaniem Klopstocka, dowodzi pewnej zależności w znaczeniu etyologicznem, mianowicie sądzi on, że marskość wątroby może w niektórych przypadkach powstać jako odczyn na zadrażnienie wątroby toksynami gruźliczemi; zadrażnienie to musi być mniejszego stopnia, o charakterze przewlekłym, gdyż, jak tego dowiedli Bartel i Neumann w doświadczeniach swych na zwierzętach, w przypadkach gruźlicy otrzewnej o przebiegu przewlekłym, łagodnym, w wątrobie gruzełków nie spotykano, a tylko wybitny rozwój tkanki łącznej o typie odpowiadającym marskości wątroby.

Przypadek Nr II. może posłużyć jako przykład takiego wzajemnego wikłania się marskości wątroby i zapalenia gruźliczego otrzewnej.

II. K. B., kobieta lat 29. Rozpoznanie kliniczne: *Cirrhosis hepatis atrophica. Ascites. Operatio m. Talma.* Po otwarciu jamy brzusznej w linii środkowej wypuszczono znaczną ilość (10 litrów) płynu wolnego o cechach przesączyny: Wątroba nieco powiększona o brzegu miękkim, śledziona również powiększona na 4 palce niżej łuku żebrowego, na jej powierzchni liczne gruzełki. Po wypuszczeniu płynu wolnego z jamy otrzewnej, ranę operacyjną zaszyto, wszywając między brzegi otrzewnej sieć, którą też chwycono kilkoma szwami Fritscha, idącymi przez całą grubość powłok brzusznych. Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny. W trzy tygodnie po operacyi płyn w jamie brzusznej nagromadził się ponownie.

Przy objawach postępującego charłactwa chora w 5 tygodni po operacyi umarła. Protokół sekcyjny (w skróceniu): *Cirrhosis hepatis atrophica Status post operat. m. Talma lege artis peractam. Tumor lienis venostaticus. Gastroenteritis catarrh. venostat. Peritonitis tbc. Ascites. Anaemia et cachexia universalis.*

Wobec znacznych braków i niedokładności badadania anatomopatologicznego trudno rozstrzygnąć, czy mieliśmy w tym przypadku połączenie marskości wątroby z gruźliczem zapaleniem otrzewnej, czy też z tak zwaną marskością gruźliczą. Jak wspomniałem wyżej, takie powikłanie marskości wątroby przez gruźlicze zapalenie otrzewnej nie należy do rzadkości. Z drugiej zaś strony, dzięki pracom Hutinela, Sabaurina, Hanota, Lautha, Gilberta i inn. znamy cierpienie wątroby przebiegające pod postacią marskości, w rzeczywistości zaś będące niczem innem, tylko gruźlicą wątroby. Sprawa ta chorobowa przebiega klinicznie jak marskość zanikowa Laënneca i rozpoznanie jej jest bardzo trudne; badanie anatomopatologiczne wątroby i otrzewnej rozpoznanie ustala. Przy obydwóch sprawach chorobowych (marskość wątroby, powikłana przez gruźlicze zapalenie otrzewnej i marskość gruźlicza — gruźlica wątroby) mamy nagromadzenie się płynu wolnego w otrzewnej, płyn ten jednak będzie pochodzenia zapalnego a nie przesiękowego, zależnego od zaburzeń w krążeniu w układzie żyły wrotnej. Dlatego też wykonywana w tych przypadkach operacya Talmy minie się z celem i brak pomyślnego wyniku po tej operacyi nie może przemawiać na niekorzyść jej i przeciwko stosowaniu jej w przypadkach typowej marskości, gdzie zmian w otrzewnej jeszcze niema. Z drugiej zaś strony, gdy wyniki w takich warunkach (gruźlicze zapalenie otrzewnej, — marskość) otrzymamy pomyślne, powinniśmy pamiętać, że operacya Talmy mogła się przyczynić do wyleczenia zapalenia otrzewnej i brak płynu wolnego w jamie brzusznej po tej operacyi właśnie od tego może zależeć, marskość zaś wątroby może przebiegać bez puchliny brzusznej (liczne przypadki Josselin de Jonga, Sappeya, Hoffmanna, Hanota, Maixnera i inn.). Wobec tego na podstawie pomyślnych wyników otrzymanych po operacyi Talmy przy marskości wątroby + zapalenie gruźlicze otrzewnej nie możemy sądzić o jej wartości.

Gruźlicze zapalenie otrzewnej, jak mówiliśmy wyżej, bywa bardzo częstem powikłaniem marskości wątroby, dotychczas jednak fakt ten za mało był uwzględniany w zestawieniach statystycznych, dotyczących operacyi Talmy i dlatego tracą one na sile przekonywającej nas o rzeczywistej wartości tej operacyi. Dlatego też na przyszłość w każdym przypadku rozpoznawanym jako marskość wątroby, przeznaczonym do operacyi Talmy, powinniśmy drogą badania cytologicznego i bakteryologicznego ustalić dokładne rozpoznanie i wyłączyć pochodzenie zapalne płynu wolnego.

Z przedstawionych powyżej przypadków, które na ogół nie należą do rzadkości, widzimy, że niepomyślne wyniki po operacyi Talmy zależały tu głównie nie od właściwego cierpienia wątroby, lecz od pobocznych zmian chorobowych, dotyczących otrzewnej, jak również serca i nerek.

Rozpatrzenie następnych przypadków będzie miało na celu wyświetlenie pytania, o ile natura pierwotnego cierpienia wątroby może wpłynąć korzystnie lub niekorzystnie na wyniki po operacyi Talmy; głównie zwrócę uwagę na przypadki kończące się niepomyślnie, gdyż tylko w razie zejścia śmiertelnego, dzięki sekcyi anatomopatologicznej uzyskujemy materyał, na podstawie którego stanowczo możemy sądzić o przyrodzie danego cierpienia wątroby i jego etyologii.

Przypadek Nr III posłużył mi jako temat omawianej sprawy. J. L., kobieta lat 33. Ojciec chorej zdrów, matka odumarła ją w czasie jej niemowlęctwa. Z rodzeństwa żyją i są zdrowi 3 bracia i 1 siostra. Chora była zamężna, lecz po 6 miesiącach rozwiodła się z mężem; dzieci nie miała. W dzieciństwie na nic nie chorowała. Regularność od 15 roku prawidłowa.

Przed dwoma laty zapadła na żółtaczkę, przyczem nie miała żadnych dolegliwości. Po krótkim czasie powrót do zdrowia. Przed kilkoma miesiącami zachorowała znowu: straciła apetyt, ogromne pragnienie, nieznaczny ból w okolicy wątroby, powiększanie się wymiarów brzucha, obrzęki na kończynach dolnych. Udała się do szpitala, gdzie w przeciągu 8 tygodni wykonano 7 razy nakłucie brzucha, przyczem wydobywano za każdym razem znaczną ilość płynu wolnego. Po wyjściu chorej do domu brzuch szybko się powiększył, co skłoniło chorą do zgłoszenia się na klinikę. Skarży się na znaczne pragnienie, zupełny brak apetytu, bole głowy i bezsenność. Znacznie schudła. Mocz od-

daje w skąpej ilości. Stolec prawidłowy. Miesiączki od kilku miesięcy brak. Stan obecny. Ogólne osłabienie, lichy stan odżywienia. Skóra i spojówki żółtawo zabarwione. Nad szczytami płuc nieco przytłumienia; wdech szorstki, wydech słyszalny. Serce prawidłowe, tony czyste, tętno średnio napięte = 84. Brzuch balonowato wzdęty, skóra obrzękła, w okolicy pępka widać porozszerzane żyły, odgłos przytłumiony po bokach zupełnie, u góry zachowany bębenkowy. Wobec znacznego napięcia powłok brzusznych wymacać dokładnie brzucha nie można. Chełbotanie w jamie brzusznej wyraźne; przy zmianie położenia chorej objawy opukowe zmieniają się również i stwierdzają obecność w jamie brzusznej płynu wolnego. Gruczoły pachwinowe powiększone. Na kończynach dolnych znaczne obrzęki. Operacya. W znieczuleniu ogólnem cięciem w linii środkowej otwarto jamę brzuszną; po wylaniu się znacznej ilości płynu (10—12 litrów) okazało się, że sieć wielka w górnej części częściowo była przyrośnięta do ścian jamy brzusznej. Również od wątroby szły do ścian postronki łącznotkankowe, bogato unaczynione porozszerzanemi żyłami. Wykonano operacyę Talmy, wszywając dolną część sieci pomiędzy brzegi przeciętej otrzewnej. Szew 4-piętrowy ciągły katgutowy na powłoki brzuszne Opatrunek aseptyczny. W 10 dni po operacyi rana zagojona doraźnie. W jamie brzusznej płyn wolny; wypuszczono trójgrańcem. W 3 tygodnie po operacyi chora wyszła z kliniki w stanie względnego polepszenia, z nieznaczną ilością płynu wolnego. W tydzień jednak później przy objawach postępującego ogólnego upadku sił umarła. Sekcya wykazała: *Icterus universalis. Pleuritis fibr. dextra. Hydrothorax sinistr. Atelectasis lob. infer. sinistr. Gumma partis centralis hepatis. Perihepatitis chronica fibr.*, *perinephritis chron. fibr. Gastroenteritis chron. major. grad. et ulcera tbc. part. infer. ilei. Peritonitis fibronos. chr. Tumor lienis subchronicus et perisplenitis chr. Ascites. Anasarca. Caries* (*gumma*) *epiphyseos humer. sin.*

Wyniki sekcyi anatomo patologicznej tłómaczą nam dosyć jasno, dlaczego po operacyi Talmy, wykonanej w tym przypadku, spotkał nas zawód zupełny; całokształt choroby nie przedstawia bynajmniej obrazu, rozwijającego się na tle zastoju krwi w układzie żyły wrotnej; na pierwszy plan wysuwają się dwa zasadnicze cierpienia, obarczające ustrój, mianowicie: kiła i gruźlica. Usadowienie się kilaka w wątrobie, kilaka znacznych rozmiarów, mogło w znacznym stopniu upośledzić krążenie w tym narządzie; natura jednak uprzedziła tu operatora, znaleźliśmy bowiem już w czasie operacyi bogato unaczynione zrosty sieci ze ścianami brzusznemi, zrosty wątroby z otrzewną; operacya Talmy była tu tylko uzupełnieniem, które jednak, wobec innych spraw chorobowych, wikłających obraz chorobowy, nie na wiele się przydało: wynik pooperacyjny ujemny — zejście śmiertelne w 4 tygodnie po operacyi. Możnaby się, co prawda, spodziewać po operacyi Talmy nie wyleczenia, ale chociażby ustąpienia objawu, przeciwko któremu operacya głównie była skierowana — ale i tu spotkał nas zawód — puchlina brzuszna powracała szybko i stale. Z tego wynika, że przy kile wątroby, dającej obraz marskości wątroby z puchliną brzuszną, operacya Talmy nie zapewnia dobrego wyniku. Spostrzeżenie moje potwierdza zdanie innych autorów: Lieblein na podstawie 3 przypadków kiły wątroby, gdzie wykonano operacyę Talmy, doszedł do wniosku, że to cierpienie wątroby nieszczególnie nadaje się do leczenia operacyjnego, Morison wypowiada podobne zapatrywanie, a zestawienie Bungego wykazuje, że w przypadkach, gdzie kiłowa przyroda cierpienia wątroby była stwierdzona, ilość wyników ujemnych była szczególnie znaczna. Wobec tego jednak, że stwierdzono przypadki marskości wątroby przyrody kiłowej, gdzie po operacyi Talmy wyniki były dodatnie, nie można z góry wyłączać w takich przypadkach leczenia operacyjnego, nie należy jednak pokładać w niem zbyt wielkich nadziei.

Z rozpatrzonych powyżej przypadków widzimy, jakie okoliczności mogą sprzyjać powstawaniu puchliny brzusznej przy marskości wątroby i tem samem stawać się przyczyną ujemnych wyników po operacyi Talmy, t. z. kiedy pomimo stworzenia nowego koryta dla krwi układu żyły wrotnej, puchlina brzuszna wytwarza się nadal. Mieliśmy tu więc powikłanie marskości wątroby przez zmiany chorobowe serca i nerek, dalej zmiany w otrzewnej, krezce i sieci i to: 1) Zmiany właściwe typowemu obrazowi marskości wątroby: zbliznowacenie i pokurczenie sieci i krezki, zgrubienia w otrzewnej, zlepy i zrosty między narządami pokrytymi otrzewną. Tego rodzaju zmiany, dotyczące tak ważnego narządu chłonącego, za jaki otrzewną uważać należy, nie mogą pozostać bez wpływu na tworzenie się puchliny brzusznej, którą możnaby uważać w tych przypadkach za coś analogicznego z płynem zastoinowym gruczołu, którego przewód został zatkany; kiedy w prawidłowych warunkach otrzewna jest zdolna przeprowadzić olbrzymie ilości płynu z jamy brzusznej do ogólnego obiegu krwi, w warunkach, jak wyżej, płyn, wytwarzający się w zwiększonej ilości wobec zastoju w żyle wrotnej, nie znajdując ujścia w surowiczej błonie otrzewnej, zalega, dając obraz puchliny brzusznej. 2) Widzieliśmy zmiany w otrzewnej przyrody zapalnej o charakterze swoistym, gruźliczym. Rzeczą całkiem jasną jest, w jakim stopniu to powikłanie marskości wątroby może wpływać na nagromadzenie się płynu wolnego w jamie brzusznej i wywoływać ujemne wyniki po operacyi Talmy. (Dodam tu, że operacyjne leczenie gruźliczego zapalenia otrzewnej daje około 60% wyleczeń; Borchgrevink, König, Mosetig, Schramm, Szuman, Trzebicki. Nagromadzenie się ponowne wysięku po operacyi Talmy, wcale nie wyłącza gruźliczego pochodzenia puchliny brzusznej). Powikłanie marskości wątroby przez gruźlicze zapalenie otrzewnej nie należy do rzadkości i przy rozważaniu o wartości tej operacyi powinno być obowiązkowo zawsze uwzględniane. Powikłanie marskości wątroby przez gruźlicze zapalenie otrzewnej nie powstrzyma nas jednak od wykonania operacyi Talmy, tylko wynik będzie niepewny i to podwójnie: brak polepszenia może zależeć od bezsilności zabiegu wobec 1) marskości, 2) wobec gruźlicy otrzewnej.

Ostatni przypadek przedstawia cierpienie wątroby przyrody swoistej (kiła), przebiegające pod postacią marskości wątroby; ujemny wynik po operacyi Talmy będzie całkiem zrozumiały, o ile się uwzględni całokształt sprawy chorobowej, dotyczącej nietylko wątroby, ale też innych narządów.

Tyle mógłbym powiedzieć na podstawie materyału kliniki naszej o warunkach, które sprawiły to, że operacya Talmy dobrych wyników nie dała. Obecnie skorzystam z jednego przypadku, aby zwrócić uwagę na niebezpieczeństwa, grożące operowanym sposobem Talmy; tu zabieg ten nietylko nie pomógł, ale nawet prawdopodobnie stał się powodem katastrofy.

IV. A. Z. Mężczyzna lat 40. Przebywał kur, ospę, płonicę, zapalenie płuc, zimnicę (5 razy), grypę, wrzód na żołędzi (kiła III). Obecnie od 1½ roku — ból w okolicy śledziony, żółtaczka — nieżyt żołądka. Te objawy ustąpiły w 6 tygodni. W 2 miesiące powiększanie się wymiarów brzucha. Nakłucie na klinice lekarskiej — 4½ litra płynu. 2 miesiące dyeta mleczna, poczem znów nakłucie —7½ litra płynu. W 4 miesiące III nakłucie — 8 li-

trów, w 1 miesiąc potem VI nakłucie — 10 litrów, poczem przeniesiono chorego na klinikę chirurgiczną. Stan obecny: Mężczyzna średniego wzrostu, dosyć dobrze zbudowany, licho odżywiony. Obustronne przytłumienie w szczytach płuc; dolna granica płuc po stronie prawej w linii sutkowej — 5 żebro. Wdech pęcherzykowy, wydech przedłużony. Tony serca czyste, nieco głuche. Brzuch jednostajnie balonowato wysklepiony. Skóra nad nim niezmieniona. Przy obmacywaniu mięśnie silnie napięte, tak że przez powłoki brzuszne nic wymacać nie można. Obwód brzucha przez pępek 110 cm. Wątroba zmniejszona, nie wychodzi z pod łuku żebrowego. Śledziona powiększona. W jamie brzusznej wybitnie stwierdza się płyn wolny. Mięśnie proste brzucha znacznie rozstąpione. Na kończynach dolnych obrzęki. Operacya: W znieczuleniu miejscowem Schleicha, cięciem w linii środkowej długości 10 ctm otwarto jamę brzuszną. Po wylaniu się płynu w ilości około 15 litrów widać wątrobę znacznie zmniejszoną, z bliznowato pozaciąganą powierzchnią, z wyraźną marmurkowatością. W ścianie brzusznej znaczna ilość nowowytworzonych naczyń żylnych, których światło dochodzi do $^1/_4$ ctm. Sieć skurczona, znacznie zgrubiała. Przyszyto ją do brzegów rany w ścianie brzusznej. Opatrunek aseptyczny. 17/6. Następnego dnia nudności, odbijania, wymioty. 18/6. Nudności nieco ustąpiły. Żółtaczka. Moczu chory nie oddaje. Lód do połykania. Sól karlsbadzka. 19/6. Żółtaczka znaczniejsza. Odbijania utrzymują się. 20/6. Wymioty fusowate, później wymioty z czystej krwi około $^1/_2$ litra. Morfina. 21/6. Stan tensam. Znaczne bole żołądka — kokaina. 23/6. Wymioty krwawe, około 1 litr płynnej krwi. Adrenalina. Żelatyna. Lód. Wlewania podskórne NaCl. Śmierć. Sekcya: *Hepatitis interstitialis sub forma cirrhosis hepatis atrophica. Tumor lienis acutus majoris gradus Gastroenteritis catarrhalis chronica. Haemorrhagia ventriculi recens majoris gradus. Cystitis et pyelitis* (*ambilater.*) *catarrhalis acuta. Pleuritis chronica fibros. circumscripta partis superior. pulmon utriusque. Petrificatio glandularum peribronchialium. later. dextri. Degeneratio parenchymatosa myocardii et renum. Anaemia universalis. Icterus levis. Ascites.*

Z przebiegu choroby i z wyniku sekcyi anatomopatologicznej widzimy jasno, że bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego był obfity krwotok do żołądka; nie było to pęknięcie żylakowato zmienionej żyły, gdyż takich zmian w żołądku i kiszkach nie znaleziono, na podstawie zaś materyału sekcyjnego etyologia tego krwotoku przedstawia się odmiennie; znaleziono tu bowiem świeże wybroczyny, licznie rozsiane po śluzówce żołądka; obraz, analogiczny z tym, jaki spotykano nieraz w przypadkach tak zwanych »pooperacyjnych« krwotoków do żołądka i jelit.

Zasługą Eiselsberga jest, że w r. 1899 zwrócił uwagę na krwotoki, występujące w żołądku i jelitach po operacyach (głównie w jamie brzusznej) i uwzględniwszy różne czynniki etyologiczne, wskazał na związek przyczynowy pomiędzy zabiegiem chirurgicznym i następowymi krwotokami żołądka i jelit. Wykazał on wtedy, że, jakkolwiek do powstania krwotoku żołądka mogą się w pewnym stopniu przyczynić takie czynniki, jak: wymioty po operacyi, głodzenie, narkoza, bezpośrednie drażnienie mechaniczne żołądka w czasie operacyi, to jednak te czynniki są dla wytłómaczenia etyologii krwotoku niewystarczające; z drugiej strony zaś, kiedy się zważy, że we wszystkich przypadkach wspomnianych krwotoków poprzednio wykonywano mniej lub więcej rozległe podwiązywanie kreski lub sieci — związek przyczynowy tego czynnika operacyjnego stanie się jasnym. Eiselsberg za Billrothem jest skłonny uważać krwotoki żołądkowe za skutek tworzących się zatorów w naczyniach żołądka — zatorów, które powstają z oderwanych zakrzepów, rozwijających się w naczyniach podwiązanej krezki i sieci, i stąd drogą łączących się naczyń krwionośnych dostają się do naczyń żołądka, wywołując w nich zatory. Zatory takie, pochodzące z sieci, mogą się rozwinąć dwojaką drogą: drogą żył i drogą tętnic. W tym drugim przypadku, w tętnicy sieciowej po podwiązaniu rozwija się zakrzep, który narastając w kierunku dośrodkowym, dosięga tętnicy żołądkowej dolnej (*art. coronaria ventriculi inferior,* względnie *arcus arter. ventr. infer.*). W tem miejscu oderwać się może kawałek skrzepu i porwany strumieniem krwi tętniczej dostanie się do rozgałęzień tętnicy żołądkowej, wytwarzając w niej zator. Drogą żylną zator w naczyniach krwionośnych żołądka może powstać w ten sposób, że zakrzep rozwijający się w żyłach sieci lub krezki, dostawszy się do żyły wrotnej, może łatwo wywołać powstanie zatoru wstecznego *(embolia retrograda),* szczególnie wobec tego, że żyła żołądkowa prawie zawsze odchodzi od żyły wrotnej pod kątem prostym i ciśnienie krwi śródżylne w tem miejscu jest bardzo nieznaczne, może być nawet chwilami ujemne. Powstanie zatoru w naczyniach żołądka doprowadza do zaburzeń w krążeniu, a tem samem w odżywianiu jego ścian, wobec których łatwo może dojść do obfitych krwotoków; występują one albo w postaci rozlanych krwotoków ze śluzówki *(haemorrhagia mucosae ventriculi)* albo jako krwotok z rozwijającego się w żołądku wrzodu, większych lub mniejszych rozmiarów; — w takich wrzodach znajdowano nadżartą tętnicę, nieraz sporych rozmiarów.

Od czasu pierwszego ogłoszenia Eiselsberga, szereg autorów na podstawie spostrzeżeń klinicznych, badań anatomo-patologicznych i prac doświadczalnych potwierdził lub też uzupełnił tłómaczenie Eiselsberga o sposobie powstawania omawianych krwotoków; byli też inni, którzy starali się wytłómaczyć to zjawisko w odmienny sposób (Nietzsche, Landow, uważają krwotoki żołądkowe jako skutek zmian, wywołanych w śluzówce żołądka przez toksyny, krążące we krwi przy stanach septycznych, lub po nadmiernem użyciu środków nasennych). Busse na podstawie 96 przypadków (częściowo osobiście spostrzeganych) klinicznych i wielu doświadczeń, wykonanych na zwierzętach, dochodzi do wniosku, że samo podwiązanie naczyń sieci nie wystarcza dla powstania krwotoków żołądkowo-jelitowych, działa zaś ono wspólnie z takimi czynnikami patologicznymi, jak zaburzenia w krążeniu, urazy przy operacyi, narkoza, i t. p., te jednak czynniki odgrywają rolę drugorzędną.

Schmidt, Lauenstein, Dehler, Fridrich, Palitzsch, Kalomenkin, Engelhart, Neck, Payr, Theleman, Spizarny i inni przyjmują w zasadzie tłómaczenie Eiselsberga i jego ucznia Bussego, różniąc się tylko w niektórych szczegółach, głównie co do charakteru zatorów w żołądku (niektórzy uważają je za zatory wsteczne, kiedy cząstka zakrzepu z żył sieci dostaje się do żył żołądka z pominięciem wątroby, inni zaś przypuszczają możliwość powstania zatoru tylko drogą tętnic, nie uwzględniają zaś zatoru wstecznego). Pomijając te drobne szczegóły, można, opierając się na faktach stwierdzonych, streścić pogląd na sprawę krwotoków »pooperacyjnych« w ten sposób: Po operacyach na sieci występują w żołądku i jelitach krwotoki, które zależą od powstawania zatorów w naczyniach żołądka; zatory te powstają z zakrzepów, tworzących się w naczyniach sieci i do żołądka dostają się drogą żył i tętnic. Powstaniu takich krwotoków sprzyjają zawsze czynniki chorobowe, wagi wtórorzędnej, jakoto ogólne, lub

miejscowe zaburzenia w krążeniu, uraz mechaniczny żołądka i t. p. (patrz wyżej). Zwykle spostrzegamy na sekcyi następujące zmiany anatomo-patologiczne w żołądku i jelitach: nadżerki śluzówki, krwotoki śluzówki, owrzodzenia ściany żołądka, nieraz jednak stwierdzano zupełny brak wszelkich zmian anatomicznych. Krwotoki występują zwykle w parę dni po operacyi — parokrotnie w przeciągu pierwszego tygodnia. Rokowanie bywa zawsze poważne (według Bussego śmiertelność wynosi 55%).

Jeżeli porównamy nasz przypadek z podanym ogólnym zarysem krwotoków »pooperacyjnych«, z łatwością dostrzeżemy zupełną analogię: U chorego, u którego stwierdzaliśmy przed operacyą znaczne zaburzenia w krążeniu, po operacyi wykonanej na sieci, występują wymioty. 5. dnia po operacyi wymioty stają się kwaśne, ilość krwi wymiotowanej dosięga znacznych ilości; pomimo stosowania różnych zabiegów, mających przeciwdziałać krwawieniu, nie ustaje ono i staje się przyczyną zejścia śmiertelnego. Materyał sekcyjny, taksamo jak obraz kliniczny, w przypadku naszym odpowiada zupełnie zmianom, opisywanym przez Eiselsberga, Bussego i innych. Wobec tego sądzę, że mam prawo uważać krwotok żołądkowy, spostrzegany przez nas, za skutek operacyi Talmy, wykonanej w warunkach, sprzyjających takiemu fatalnemu powikłaniu. O podobnych powikłaniach, które zakończyły się pomyślnie, wspominają Pal (wymioty krwawe) i Pascale (stolce krwawe).

Co się tyczy innych powikłań, to należy tu wskazać na częste występowanie po operacyi Talmy ropnego zapalenia otrzewnej (Lieblein stracił z tego powodu 25% swoich chorych); występowało ono albo jako skutek zakażenia za pośrednictwem zakładanych do jamy otrzewnej sączków (Morison), albo też niezależnie od tego, jako bezpośredni skutek po operacyi, co jest tembardziej możliwe, że stwierdzono doświadczalnie zmniejszenie się siły bakteryobójczej otrzewnej (Hanseman, Orth) przy marskości wątroby.

Za bezpośredni skutek operacyi Talmy, przemawiający na jej niekorzyść, należy uważać spostrzeganą przez Frankego i Kümmla niedrożność jelit, pochodzenia mechanicznego, gdzie przyszyta do ściany brzusznej sieć uciskała jelito grube; tak zmienione warunki anatomiczne w jamie brzusznej wywołały ciężki obraz chorobowy, którego wynikiem w obydwu przypadkach było zejście śmiertelne. W przypadku Roe i Spencera w 9 miesięcy po operacyi wystąpiły objawy niedrożności; przypadek ten skończył się także niepomyślnie.

Pomijając inne zaburzenia, występujące n. p. ze strony serca, lub też układu nerwowego (Drummont, Morison), które to objawy miewały charakter przemijający i krótko trwały, widzimy, że operacya Talmy, nie dając pożądanego wyniku, w pewnych warunkach może działać nawet wprost szkodliwie i dlatego nie można zgodzić się ze zdaniem niektórych autorów (Kozłowski), którzy uważają ją za zabieg wcale nie trudniejszy i niebezpieczniejszy, niż próbne nacięcie jamy brzusznej.

Śmiertelność pooperacyjna po zabiegu Talmy, według niedawno ogłoszonego na Zjeździe w Brukseli zestawienia Kocha, wynosi około 21%. Odsetka to bardzo znaczna; na usprawiedliwienie można podać to, że stan ogólny chorych tych już przed operacyą bywa nieraz bardzo zły z powodu daleko posuniętych zmian narządów miąższowych, zmian stosunków anatomicznych w narządach jamy brzusznej, sieci i t. d. Na podstawie dotychczas ogłaszanych zestawień trudno sobie wyrobić dokładne zdanie w tej sprawie; powszechnie bowiem brak wyników badań sekcyjnych (z małymi wyjątkami), przytem zestawienia te są bardzo niejednolite pod względem pojmowania postaci klinicznych marskości wątroby; nie rozróżniają one często marskości przerostowej od zanikowej, nieraz też inne cierpienia wątroby, objawiające się powstawaniem puchliny brzusznej, są do tej kategoryi zaliczane; z drugiej strony wobec braku badań anatomo-patologicznych i bakteryologicznych z pewnem uzasadnieniem można przypuszczać, że część zaliczanych przypadków dotyczyła gruźliczego zapalenia otrzewnej. Dlatego też wstrzymuję się od ostatecznego wypowiedzenia zdania o wartości operacyi Talmy przy marskości wątroby, odkładając to do czasu, kiedy nagromadzi się większy zapas materyału rzeczowego, obecnie zaś w streszczeniu podam wnioski, do których na podstawie pracy mej doszedłem:

1. Doświadczalnie i klinicznie stwierdzono, że zapomocą operacyi Talmy można usunąć objawy zastoju w układzie żyły wrotnej, a także rozwijającą się wskutek tego puchlinę brzuszną (o charakterze zastoinowym).

2. Klinicznie stwierdzono, że nagromadzenie się płynu wolnego w jamie brzusznej przy marskości wątroby zależeć może nie od zastoju krwi w układzie żyły wrotnej (pomimo wielkiego zastoju — puchliny brak zupełny), stwierdzono natomiast, że przy marskości wątroby występują jednocześnie zmiany w innych narządach, i te właśnie mogą wywoływać nagromadzanie się płynu wolnego w jamie brzusznej, a mianowicie:

3. Bardzo częstem powikłaniem przy marskości wątroby (a może tylko zjawiskiem, zależnem od tego samego czynnika etyologicznego), są daleko idące zmiany anatomopatologiczne w sieci, krezce i otrzewnej, które bezwątpienia mają wielki wpływ na tworzenie się puchliny brzusznej (o charakterze zastoinowym ze względu na upośledzone chłonienie z jamy otrzewnej, lub też o charakterze wysiękowym przy zmianach tych narządów przyrody zapalnej); w tych przypadkach operacya Talmy nie daje pożądanych wyników.

4. Częstem powikłaniem marskości wątroby bywa zapalenie otrzewnej przyrody gruźliczej. Wobec tego, że przy marskości wątroby puchlina brzuszna nie jest objawem stale spotykanym, w wyżej podanych przypadkach obecność płynu w jamie brzusznej może zależeć od gruźliczych zmian otrzewnej, wobec których operacya Talmy oczywiście może być nieraz zabiegiem bezsilnym (leczenie operacyjne gruźliczego zapalenia otrzewnej daje 50—60% wyników pomyślnych).

5. Na podstawie dotychczas ogłoszonych zestawień nie można wyrobić sobie sądu o wartości operacyi Talmy przy puchlinie brzusznej, gdyż naogół brak uwzględnienia rozstrzygającego czynnika etyologicznego. Wobec tego pożądanem, a nawet koniecznem jest przed wykonaniem operacyi Talmy ścisłe rozpoznanie czynnika etyologicznego puchliny brzusznej; w znacznej mierze przyczynić się tu może badanie płynu pod względem chemiczno-fizycznym (ilość białka, ciężar właściwy), badanie cytologiczne (za-

chowanie się białych ciałek krwi) i bakteryologiczne (obecność prątków gruźliczych).

6. Bez względu na etyologię puchliny brzusznej, operacya Talmy jest zabiegiem poważnym, ze względu na ciężkie powikłanie w związku przyczynowym z nią stojące: śmiertelne krwotoki żołądkowo-jelitowe, zapalenie ropne otrzewnej (25% przypadków Lieblcina), rozwijająca się niedrożność jelit, wobec zmienionych warunków anatomicznych w jamie otrzewnej. Powikłania te wymagają uwzględnienia ze strony operatora: zabieg należy wykonywać nadzwyczaj ostrożnie i delikatnie, aby uniknąć niepotrzebnego obrażania sieci, co bezwątpienia stoi w związku przyczynowym z tworzeniem się zakrzepów w naczyniach tego narządu. Wobec zmniejszonej odporności otrzewnej szczególnie dbać należy w tych przypadkach o aseptykę. Ze względu zaś na znane przypadki rozwijającej się niedrożności mechanicznej jelit po przyszyciu sieci do ścian jamy brzusznej, przy operacyi niebezpieczeństwo to przewidzieć należy i sieć do ścian brzusznych przyszywać w ten sposób, żeby nie uciskała pętli jelit i nie wytwarzała postronka umożliwiającego zadzierzgnięcie jelit.

Piśmiennictwo:

1) Aldor i Maixner: Wien. Med. Woch. 1902. — 2) Aubian: L'omentofixation Diss. Bordeaux 1901. — 3) D'Arcy Power: Medical aspect med. Journal 1903. — 4) Aalhorn: Ueber operative Behandlung des Ascites. 1903. — 5) Bartel: Zentrbl. f. Bakteriol. 1906. 46. 4. — 6) Bossowski: Przegląd lekarski. 1899. 35. — 7) Bielka: Wiener klin. Woch. 1899. 8. — 8) Busse: Archiv Langenb. 76. 1. — 9) Bunge: Klinisches Jahrbuch. 1905. — 10) Borchgrevink: Mitteilungen a. d. Grenzgeb. des Med. u. Chir. VI. 3. — 11) Brewer: Medical News. 1902. — 12) Corson: Annals of Surgery. 1907. — 13) Charcot: Wykłady o chorobach wątroby. — 14) Claude Bernard: Leçons sur le diabètes. Paris 1877. — 15) Cohn: Centr. f. Chir. 1903. — 16) Dubourg: Gazette hebdom. de Med. et Chir. 1901. — 17) Drummond: Brit. Medical Journal 1896. — 18) Eck: Wilit. med. Journal. 1877. — 19) Eiselsberg. Thèse de Paris 1898. — 20) Egrot: Arch. f. klin. Chir. 59. 4. — 21) Förster, według Klopstocka. — 22) Frerichs, według Klopstocka. — 23) Friedrich: Verhandl. d. Deutsch. Geselsch. f. Chirur. 1900. — 24) Friedländer: Centrbl. f. Grenzgebiet. 1900 Nr 15. — 25) Froment: L'ascite cirrhotique. Paris 1901. — 26) Grisson: Deutsch. Z. f. Chir. 75. 2—4. — 27) Gilbert: Semain. medic. 1907. 47. — 28) Greenough: Cirrhosis of the liver Americ. Journ. 1902. — 29) Harris: The Journ. of the Americ. med. Assoc. 1902. — 30) Hanot i Lauth: Essai sur la cirrhose tuberc. Paris 1888. — 31) Hoffmann, według Klopstocka. — 32) Hale-White: Guy Hospital Reports 1892. — 33) Hansemann: Berlin. klin. Woch. 1903. 7. 8. — 34) Hutinel, według Hanota. — 35) Josselin de Jong: Travaux anat. patholog. 1899. — 36) Jelks: Med. Record 1901. 12. — 37) Ito i Omi: Deutsch Z. f. Chir. 62. — 38) Kümmel. Deutsch. med. Woch. 1902. 14. — 39) Klopstock: Virchows Archiv. T. 187 1907. — 40) Kozłowski: Przegląd lekarski, Nr 19, 1906. — 41) Kuzniecow: Russkij Wracz. 1900. — 42) König: Centrbl. f. Chirurgie. 1884. 4. — 43) Küstner: Ueber Lebercirrhose. Volkmanns Sammlung 141. — 44) Koch: Die chirurg. Behandl. der Lebercirrh. 1908. — 45) Lejars: Semaine med. 1903. 46) Lauth: vide Hanot. — 47) Landor: Arch. Lang. 66. — 48) Lastaria, według Liebleina. — 49) Leus: Virchow-Hirsch Jahresbericht. 1893. — 50) Lieblein: Mitteilung. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. 1908. — 51) Leport: Thèse de Paris 1902. — 52) Maixner i Aldor: Wien. Med. Woch. 1902. — 53) Majocchi: Münch. med. Woch. 1907. 6. — 54) Miura: Deutsch. Z. f. Chir. 181. — 55) Murchison: Clinical Lectures. 1887. — 56) Meyelen van der. Semaine Medic. 1899. — 57) Morison: Lancet. 1899. — 58) Murzel, według Liebleina. — 59) Mosetig: Wien. med. Presse. 1893. 1. — 60) Müller: Arch. f. klin. Chirur. 1902 — 61) Neumann: Deutsch. med. Woch. 1899. 26. — 62) Narath: Centr. f. Chir. 1905. 32. — 63) Naunyn według Klopstocka. — 64) Nencki i Pawlow: Archiv f. exp. Pathol. 37. i 38. — 65) Neek: Deutsch. Z. f. Chir. 58. — 66) Nietzsche: Deutsche Z. f. Chir. 64. 1—3. — 67) Oettinger. Beitrag zur Talmasch. Operat. Diss. Breslau. 1904. — 68) Omi: Deutsch. Z. f. Chir. 62. 1—2. — 69) Tensani: Beiträge Brunsa 53. 2. — 70) Payr: Arch. f. klin. Chir. 84. — 71) Pale, według Kozłowskiego. — 72) Pozzan: Deutsch. Med. Woch. 1901. — 73) Pascala: Riforma med. 1901. — 74) Ponfick, wedł. Klopstocka. — 75) Politisch Beitrag zu Casuistik der Haematemesis postoperativa. Lipsk 1903. — 76) Queirolo: Moleschott Untersuch. 1875. — 77) Roe, według Zesasa. — 78) Rolleston i Tazner: Lancet. 1899. — 79) Rokitansky, według Klopstocka. — 80) Rinne: Deutsch med. Woch. 1908. 22. — 81) Szuman: Wysięk gruźliczy jamy brzusznej. — 82) Schramm: Wien. med. Woch. 1903. — 83) Seifert: Deutsch. Archiv f. kl. Med. 1884. — 84) Sołowieff: Virchow's Archiv. 1895. T. 62. — 85) Scherwinski: Centr. f. Chir. 1900. 35. — 86) Schmidt: Deutsch. Z. f. Chir. 55. — 87) Sasaki: Berl. klin. W. 1892. 47. — 88) Spiżarny: Russk. Chir. Archiw. 1907. — 89) Strümpell: Podręcznik chorób wewnętrz. — 90) Sappey: Recherches sur un point d'anatomie. — 91) Schęlkly, według Talma. — 92) Schiff: Centr. f. d. med. Wissensch. 1863. — 93) Schiassi: Semaine medic. 1901. 19. — 94) Sabaurin, według Hanota. — 95) Tausini: Centr. f Chirurg. 1902. — 96) Talma: Berl. kl. Woch. 1898. 38. — 97) Theleman: Deutsch. Z. f. Chir. 93. 1. — 98) Tillmann: Deutsch. med. Woch. 1899 18. — 99) Turner: Lancet. 1899. — 100) Trzebicki: Laparatomie bei tuber. Peritonitis. 101) Thompson: Lancet 1901. — 102) Umber: Mitteil. a. d. Grenzg. 1901. — 103) Weisspfenig: Zur operat. Behandl. Kiel. 1902. — 104) Waterhause: Archiv Virchow. 1890. T. 119. — 105) Wallace: Brit. med. Journ. 1897. — 106) Weir: Med. Record. 1899. — 107) Wiltems: Journ. de Chir. belg. 1901. 5. — 108) Villaret: Gazette hebdom. de Med. et Chir. 1901. 109) Villaret: Compt. rend. de la biolog. 1906. — 110) Vierordt: Z. f. klin. Med. XIII. — 111) Zesas: Centr. f. d. Grenzg. 1904.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Lewin. **O zatruciu bizmutem i zastąpieniu bizmutu dla zdjęć rentgenowskich środkiem nietrującym.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 13). W miarę rozpowszechniania się ścisłych badań rentgenowskich mnożą się też doniesienia o zatruciu bizmutem. Mimo, że bizmut stosujemy i leczniczo, może lekarz w razie śmiertelnego zatrucia być pociągnięty do odpowiedzialności. Spostrzegano zatrucia nawet po zewnętrznem stosowaniu bizmutu w postaci zasypek i maści (5—15%), n. p. przy oparzeniach na wielkiej przestrzeni ciała. — Zatrucie bizmutem cechują: 1) Czarne zabarwienie tkanek, zwłaszcza błon śluzowych jamy ustnej, krtani, żołądka i jelit, czasem i skóry. Na dziąsłach tworzy się obwódka, utrzymująca się miesiącami, a pochodząca od siarczku bizmutu. 2) Sprawy zapalne w jamie ustnej: Obrzmienia, naloty, owrzodzenia, ślinotok, obluźnianie się zębów i t. p. 3) Nudności, wymioty, bole wzdłuż przełyku, wzdęcia, biegunki. 4) Zmniejszenie się ilości moczu, wałeczki, białkomocz, miąższowe zapalenie nerek. 4) Czkawka, sinica, zapad, gorączka, majaczenie, duszność, bole głowy i t. p. Wobec tego oglądać się koniecznie powinniśmy za innym środkiem. Polecane takie środki, jak tor, cynober i t. p. nie są wcale nietrujące. L. po próbach doszedł do przekonania, że najodpowiedniejsze są przetwory żelaza. L. podaje t. zw. żelazo magnezowe (Fe_3O_4) w postaci proszku (15—30%) z miazgą ziemniaczaną lub czekoladą. *K.*

Weyert. **Uraz czaszki i zranienie mózgu.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 13). W. zwraca uwagę, że po urazach czaszki występują czasem zmiany psychiczne mimo, że uraz był nieznaczny i nie wywołał nawet uszkodzeń na czaszce. Weyert przytacza 3 odpowiednie historye chorób. Badanie kliniczne wykazało jedynie otarcie naskórka, sam uraz był nieznaczny, a mimoto przypadki te zakończyły się wśród zmian psychicznych śmiercią, i dopiero sekcya wykazała w dwóch z tych przypadków pęknięcie kości potylicznej i zranienie mózgu. Mac Lean słusznie podnosi, że przy zranieniach czaszki, uszkodzenie kości jest sprawą uboczną, główną zaś uszkodzenie mózgu. Brak uszkodzeń zewnętrznych i stosunkowo niewielki uraz nie wyłącza wcale uszkodzenia mózgu; często właśnie przypadki takie dotyczą osób, oddających się opilstwu i mających kruche naczynia krwionośne. Objawy uszkodzenia mózgu przebiegać mogą często bez typowych objawów, zwłaszcza bez objawów ucisku (wymioty, tarcza zastoinowa, zwolnienie tętna, śpiączka i t. p.). Zmiany psychiczne w następstwie urazu czaszki zjawiają się zwykle w 3 postaciach: 1) Zaraz po urazie w postaci przytępienia władz umysłowych; 2) zwolna zmienia się usposobienie i cha-

rakter uszkodzonego, uszkodzony jest nieodporny na wyskok i t. p.; 3) uraz wywołuje tylko usposobienie do choroby umysłowej, która rozwija się potem dopiero po długim czasie. Uszkodzenie okolicy potylicy często wywołać może także uszkodzenie mózgu w okolicy czołowej przez tak zwany »contre coup«. Wielkość i siła urazu nie daje żadnej wskazówki co do wielkości wewnętrznego uszkodzenia, bo zależy ono w pierwszym rzędzie od stanu samego mózgu. U ludzi młodych, zdrowych nieraz bardzo silne urazy i uszkodzenia zewnętrzne nie pociągają za sobą wcale uszkodzeń wewnętrznych. *K.*

Oszman i Sarcewicz. **Przypadek międzyżebrowej przepukliny trzewiowej.** (*Medycyna i Kronika lekarska* 1909, Nr 14). S. jako lekarz na wojnie rosyjsko-japońskiej wykrył przypadkowo u żołnierza, ranionego w lewą rękę, międzyżebrową przepuklinę trzewiową. Chory podał, że przed 2 laty kopnięty został przez konia, przy kuciu, w głowę i lewy bok, przyczem stracił przytomność; po wypadku został umieszczony w jednej z klinik chirurgicznych w Dorpacie. Często rzucać mu się miała krew gardłem. W klinice leżał 2 miesiące. Badanie wykazało na wysokości 9. międzyżebrza między przednią i średnią linią pachową guz wielkości kurzego jaja, a na nim bliznę. Guz ten powiększa się przy nadymaniu i daje się wcisnąć do środka. Palec badający wyczuwa wtedy otwór, prowadzący w głąb, przy wdechu wyczuć można ciało uderzające o palec i sprawiające wrażenie śledziony, zwłaszcza gdy chory przechyli się silnie w stronę lewą. Przepuklina sprawia choremu bole. Wobec tego zaproponowano operacyę. Cięciem łukowem (wypukłość na dół) otworzył Oszman worek i znalazł w nim zrośniętą sieć i okrężnicę poprzeczną. Po podwiązaniu worka pokryto bramę płatami okostnej, wziętej z 9. i 10. żebra. Rana ropiała, ale w końcu wyzdrowienie zupełne. Bole znikły. *K*

Doc. Heineke. **Bole w kolanie przy cierpieniach stawu biodrowego.** (*Münch. med. Wocks.* 1909, Nr 13). Znaną oddawna jest rzeczą, że dzieci, cierpiące na zapalenie stawu biodrowego, skarżą się nieraz miesiącami tylko na bole w kolanie, co nieraz wiedzie do mylnego rozpoznania i leczenia. Bole te odnosimy do rozpromieniania się wzdłuż nerwów, z których wchodzą tu w rachubę głównie: udowy i zasłonowy. Bole sadowią się przytem prawie zawsze na przedniej powierzchni kolana, po obu stronach rzepki, przyczem skóra okazuje nieraz wybitną przeczulicę. O ile objawy te uważa się za całkiem naturalne, o tyle pozostaje zagadką, dlaczego podobnych rozpromienianń się bolu nie spotykamy przy cierpieniach innych stawów, n. p. ramienia, oraz dlaczego bole te występują u dzieci, a natomiast przy cierpieniach stawu biodrowego u starszych ich nie spotykamy? Co do tego ostatniego, to H. miał sposobność przekonać się, że pochodzi to z większego zastanawiania się i lepszego określania bolu u dorosłego, w porównaniu z dzieckiem, choć także znane są przypadki tego rozpromieniania się bolu i u starszych, na co H. przytacza dwa przykłady z własnej praktyki. W obu przypadkach chorzy (byli ubezpieczeni) doznali lekkiego urazu kolana. Od tego czasu zaczęli się skarżyć na silne bole w kolanie. Ponieważ badaniem nic nieprawidłowego w kolanie wykazać nie zdołano, uznano chorych za symulantów i dopiero szczegółowe badanie kliniczne wykryło, że w obu przypadkach chodziło o cierpienie stawu biodrowego (raz zapalenie zniekształtniające, raz gruźlica), o którem chorzy wcale nie wiedzieli. Należy też zawsze o tem pamiętać i wobec bolów w kolanie zawsze prócz kolana badać i staw biodrowy, gdyż oba przypadki autora dowodzą, że uraz kolana może być zarazem i urazem stawu biodrowego. *K.*

Prof. Joachimsthal. **O tworzeniu się biodra szpotawego po odprowadzeniu wrodzonego zwichnięcia.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 13). W ostatnich czasach zaczęły się pojawiać coraz częściej prace, donoszące o występowaniu po odprowadzeniu zwichnięcia wrodzonego z czasem biodra szpotawego (*coxa vara*). Pierwszy zwrócił na to uwagę w roku 1904 Curtillet w Algierze. J. zbadał z tego powodu 150 swych chorych, u których upłynęło już najmniej 3 lata od zabiegu i wśród nich u 4 znalazł biodro szpotawe. Dowiadujemy się wtedy, że przez pewien czas po odprowadzeniu chory miał się zupełnie dobrze i zwolna dopiero zaczął znowu utykać na nogę. Badanie kliniczne wykazuje wtedy nieraz skrócenie kończyny, bolesność okolicy krętarza, niemożność odprowadzania uda, a na płycie rentgenowskiej zanik szyjki uda i znaczne zmniejszenie się kąta szyjkowo-udowego (nieraz i poniżej 90°). Co do przyczyn tego następczego powikłania, to szukać ich należy chyba we właściwej nieodporności kości, występujące tu bowiem zmiany przypominają żywo zmiany przy krzywicy. Nie należy też po odprowadzeniu za długo ustalać biodra, a nadto powinniśmy od czasu do czasu sprawdzać stan operowanych, nawet najlepiej wyleczonych, i w razie skłonności do tworzenia się biodra szpotawego zaraz temu zapobiegać przez odpowiednie ćwiczenia (abdukcya), miesienie, unikanie wysiłków, ewentualnie wyciąg. *Klęsk.*

Dermatologia.

Burgsdorf doc.: **Przypadek powtórnego zakażenia kiłą z wykryciem krętka bladego** (*Russkij Wracz* 1908 Nr 13). U chorego Burgsdorfa przy pierwszem zakażeniu powstała w 18—20 dni po spółkowaniu nadżerka w rowku wieńcowym z powiększeniem gruczołów pachwinowych. W 6 tyg. potem — różyczka, zapalenie gardła, wypadanie włosów. Gruczoły pachwinowe powiększyły się w tym czasie do tego stopnia, że przeszkadzały choremu chodzić. — W przeciągu roku dostał chory 120 wstrzykiwań 1% rozczynu obojętnego salicylanu rtęciowego po 1,5 w 3 seryach i 180 gr. jodku potasu. W 2 miesiące po ostatniej seryi wstrzykiwań nastąpiło po stosunku płciowym powtórnie zakażenie pod postacią typowego wrzodu twardego. Autor wyssał zapomocą przyrządu Biera z oczyszczonego wrzodu twardego sok i zrobił z niego preparaty, częściowo barwiąc metodą Giemsy, częściowo metodą Preissa: we wszystkich znalazł krętka bladego, który najwyraźniej występował przy sztucznem oświetleniu zapomocą 40-świecowej lampy cyrkonowej. Najwięcej krętków znalazł autor w preparatach barwionych według Preissa. W preparatach ze soku niewyssanego metodą Biera, ale wprost wziętego z oczyszczonego wrzodu, krętków nie znaleziono. W 50 dni mniej więcej po zauważeniu wrzodu zjawiła się różyczka. Po 13-em wstrzyknięciu salicylanu rtęciowego wrzód się zagoił, po 7-em wstrzyknięciu zginęła różyczka. *Nelken.*

A. Blaschko: **O klinicznem spożytkowaniu odczynu Wassermanna.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1909 Nr 9). — Na podstawie tysiąca przypadków kiłowych z własnej praktyki omawia autor kilka ważnych zagadnień klinicznych. Na pytanie, czy istnieje równoległość między odczynem Wassermanna a objawami klinicznymi kiły, odpowiada autor, że nie zawsze. Na 1000 bowiem przypadków kiłowych spostrzegał B. 36 przypadków pewnego zakażenia kiłowego, w których nie było odczynu W. Wszystkie te ujemne przypadki ograniczały się do zajęcia kiłowego na małej przestrzeni ciała i były trojakiego rodzaju: odosobnione lepieże i owrzodzenia skóry lub błon śluzowych — miejscowe kilaki kości (mostek, goleń) i późne okresy wiądu rdzenia lub kilaki mózgu. Bywają więc przypadki kiły ograniczonej, w których niema odczynu W. Na czem to polega, autor nie może dać odpowiedzi.

Dodatni odczyn W. daje się przez leczenie usunąć. Autor zdołał to sprawdzić na 90 przypadków przez siebie leczonych w 75 (84%). Wpływu użytego sposobu leczenia na zniknięcie odczynu nie można było wykazać. Ustępowanie odczynu idzie równolegle z polepszaniem się choroby, w ten sposób, że ze znikaniem klinicznych objawów kiły idzie równolegle słabnięcie odczynu. W uporczywych przypadkach odczyn W. nie znika nawet po wielokrotnie (21 razy) powtarzanych wcieraniach, ale wtedy i objawy kliniczne utrzymują się.

Odczyn W., usunięty przez leczenie, może się z czasem znowu pojawić bez pojawienia się objawów klinicznych, które dopiero później występują. Jest on przeto zwiastunem nawrotów choroby. Ujemny odczyn W. u chorych kiłowych jest przeto w wielu przypadkach objawem tylko przejściowym. Trwanie dodatniego odczynu W. u chorych kiłowych świadczy o istnieniu ogniska kiłowego w ustroju, o zwiększonej czynności krętków i o osłabieniu odporności ustroju na jad kiłowy.

Jak długo należy kiłowego leczyć, określa autor w następujący sposób. Obecnie mamy bezwarunkowo obowiązek starać się obok usunięcia objawów chorobowych (kiły), także i o osiągnięcie ujemnego odczynu W. Na pytanie, czy należy w każdym przypadku dodatniego odczynu W. leczyć chorego, odpowiada autor, że według obecnie poczynionych doświadczeń, należy chorego i przy braku objawów klinicznych leczyć, gdyż dodatni odczyn W. należy uważać za objaw kiły. Przytem należy chorych kiłowych w regularnych odstępach czasu poddawać badaniu serologicznemu, w pierwszych latach choroby kilka razy na rok, później co roku. Im wyraźniej i częściej odczyn się pojawia, tem częściej trzeba badać. Chorzy kiłowi będą musieli obecnie dłużej pozostawać w obserwacyi klinicznej, niż to dotąd bywało.

Znaczenie odczynu W. co do rokowania obecnie się zmniejszyło, gdy się okazało, że ujemny odczyn jest stanem przejściowym. Dodatni wynik odczynu W. w pierwszych latach nie daje jeszcze złego rokowania. W późniejszych zaś latach trwała obecność odczynu dodatniego może oznaczać kandydatów do porażenia postępującego. Brak odczynu W., corocznie stwierdzany, może być uważany za dobrą przepowiednię, gdyż należy przypuścić, że w ustroju nie przebiega sprawa kiłowa i choremu nie grozi nawrót choroby. Obecności odczynu W. u chorego nie należy nigdy zaniedbywać, lecz leczyć, aby zapobiedz pojawieniu się chorób układu nerwowego. W końcu powiada autor, że dziś przypisuje odczynowi W. daleko większe znaczenie praktyczne, niż przed $^3/_4$ rokiem. *W. J.*

Bauer. **Przyczynek do udoskonalenia odczynu serologicznego kiły.** (*Deutsche med. Wochs.* 1909, Nr 10). Autor występuje w obronie swojej modyfikacyi odczynu Wassermanna i prostuje zarzuty, przeciw metodzie podniesione. Poleca używać zawsze świeżego dopełniacza (komplement), ewentualnie, o ile się go otrzyma więcej, zamrażanie w małych ilościach, które według potrzeby następnie użyć można. M. Stern (Berliner klin. Wochs. 1903, Nr 32) podaje, że wartość dopełniacza jest bardzo zmienna, to znaczy, że surowice stare zamrożone (t. zw. Frigokomplement) potrzebują znacznie większej ilości chwytnika (amboceptor) do otrzymania hemolizy, aniżeli świeże; czasami nawet wypowiadają zupełnie posłuszeństwo, to znaczy: w pewnych kiłowych surowicach wywołują hemolizę. Chcąc się od tego uchronić, miareczkuje M. Stern do każdego świeżego dopełniacza chwytnik i używa następnie czterokrotnej ilości. Jest to zdaniem Bauera postępowanie zupełnie błędne, bo ilość chwytnika jest wtedy tak wielka, że łatwo otrzymać można wynik odczynu ujemny tam, gdzie powinien być dodatni. M. Stern wychodzi z tego założenia, że miano (titre) chwytnika sztucznego z królika nie zmienia się po dodaniu chwytnika naturalnego, jaki w surowicy ludzkiej stale istnieje dla ciałek czerwonych barana. Przeciw temu występuje Bauer stanowczo i zapomocą skombinowanego doświadczenia, t. zn. operowania raz chwytnikiem naturalnym, to znów sztucznym, wreszcie kombinowania obydwu razem udowadnia, że przez dodanie do chwytnika naturalnego, chwytnika sztucznego, choćby najdokładniej wymiareczkowanego, stwarza się zupełnie niewiadome warunki w systemie hemolitycznym, podnosząc ilość chwytnika do niewiadomej, w każdym razie za wysokiej, co na wynik odczynu wręcz przeciwnie wpłynąć może. Dlatego radzi, jak zawsze, posługiwać się tą ilością chwytnika, jaka zawarta jest w mniejwięcej 0,1—0.2 surowicy ludzkiej. Jeżeli płyn w rurce kontrolnej w ciągu 16—20 minut rozpuszczenia nie okazuje, w takim razie radzi dodanie chwytnika, ale naturalnego, w tej mniejwięcej ilości.

Dalszy zarzut przeciw metodzie podnieśli Ballner i v. Decastello. Autorowie ci zwracają uwagę na tak zwane »autotrope Sera«, które u ludzi gorączkujących, przy nowotworach, a przedewszystkiem gruźlicy się napotyka. Autorowie wspomniani posługują się krwią wołu, a nie baranią, dalej używają najmniejszej ilości dopełniacza, potrzebnej do równowagi samego systemu. Ponieważ objaw ten występował w rurce kontrolnej bez wyciągu kiłowego przy użyciu krwi baraniej, albo wyraźnie jako odchylenie dopełniacza, albo jako hemoliza, ale z wyraźnem opóźnieniem, winią zatem autorowie właśnie ów chwytnik naturalny dla krwi baraniej i polecają używać krwi wołu, dla której w krwi ludzkiej chwytnika swoistego niema. Rzecz to wiadoma i spotykana według Bauera dość często[1]). Przed tym jednak błędem chroni rurka kontrolna bez wyciągu kiłowego, która prawidłowo ma okazywać rozpuszczenie krwinek; o ile w rurce tej nastąpi odchylenie dopełniacza, to jest dowodem, że mamy przed sobą surowicę samozwrotną (autotrop). W jedynym tylko wypadku może zajść pomyłka, to jest, gdy surowica kiłowa okazuje równocześnie własność samozwrotną, a to się zdarzyć może.

St. Łapiński.

K. Bruck i E. Gessner. **Badania serologiczne w trądzie.** (*Berliner klin. Wochs.* 1909, Nr 13). Wielkie praktyczne znaczenie odczynu Wassermanna, Neissera i Brucka jest dziś ogólnie uznane. Odchylenie dopełniacza przy płonicy, podane pierwotnie przez Mucha i Eichelberga, nie odbiera swoistości, gdyż jak to Halbstädter, następnie Bruck i Cohn wykazali, odczyn ten krótko występujący na pewnej wysokości choroby szybko znika, udaje się dalej tylko z pewnymi wyciągami, a wogóle chyba w rozpoznawaniu kiły w grę nie wchodzi zupełnie. Dwie są natomiast choroby, które rzeczywiście dają odczyn WNB, a to: framboezya podzwrotnikowa i trąd. Autorowie podają wynik 10 badań w tym kierunku dokonanych w sanatoryum państwowem dla trędowatych w Kłajpedzie. Liczba przypadków dlatego tak mała, że wykonano próby tylko przy przebiegu lżejszym, i to u takich chorych, którzy się dobrowolnie zabiegowi poddali. Do odczynu używano równocześnie najrozmaitszych wyciągów. Wynik był następujący: na 7 przypadków trądu guzowatego 5=71·4% z wynikiem dodatnim, 2 inne zaś przypadki tejże postaci i wszystkie 3 przypadki trądu znieczulającego z wynikiem ujemnym, przyczem B. i G. potwierdzają dotychczasowe wyniki badań innych autorów, że dodatni odczyn występuje głównie przy postaci guzowatej trądu. Ilość prątków i obraz kliniczny z wynikiem i nasileniem odczynu nie idą w parze. W naszej strefie są dwie choroby, które rozpoznawczo nigdy w grę nie wchodzą; w okolicach jednak, gdzie trąd panuje, trzeba dzisiaj obie jednostki chorobowe brać w rachubę. Z dotychczas ogłoszonych, byłyby dwa sposoby odróżnienia odczynu jednej postaci od drugiej: 1) G. Meiera, przeprowadzenie rozpoznania różniczkowego serologicznego zapomocą tuberkuliny; 2) Eitnera i Sugaia, wykazanie swoistych niweczników (Antikörper) dla trądu w identyczny sposób, jak przy kile przez odchylenie dopełniacza, przy użyciu jako antigenu zawiesiny prątków z guzów trądowych. *St. Łapiński.*

H. Boas. **Znaczenie odczynu Wassermanna dla leczenia kiły.** (*Berliner klin. Wochs.* 1909, Nr 13). Wobec dwuznacznych dotychczas zapatrywań na występowanie odczynu Wassermanna, przeprowadza autor, chcąc się przekonać o jego wartości, szereg doświadczeń w ten sposób, że jednych chorych kiłowych leczy swoiście, kierując się odczynem, t. j. leczy tak długo, póki odczyn istnieje, z innymi postępuje według zwykłego schematu, lecząc z przerwami bez względu na odczyn. Statystyka poważna, bo obejmująca 1345 przypadków z rozmaitych okresów kiły, w tem 20 przypadków wiądu rdzenia i 42 porażenia postępującego. 82 chorych ze zmianami drugorzędnemi oddziaływało przed leczeniem dodatnio. Po leczeniu 76 odczynu niema, u 6 dodatni odczyn. Z tych 6, okazuje 5 w czasie jednego miesiąca nawroty, gdy z pierwszych 76, zaledwie 3 zgłasza się z nawrotami. B. leczy rtęcią i to wcieraniami, podając równocześnie jodek potasu i arszenik.

Na podstawie dalszych doświadczeń dochodzi B. do wniosku, że odczyn Wassermanna tem prędzej znika, im szybciej leczenie rozpoczęto; w tych przypadkach, gdzie leczenie poprzedziło wystąpienie odczynu W., prawie zawsze odczyn się nie pojawia, w przypadkach kiły później może zniknąć już po 15—20 wcieraniach. B. obserwuje dalej po leczeniu 65 chorych, wszyscy w 3 lata po zakażeniu. U 62 znajduje w okresie 1—2 miesięcy znowu odczyn dodatni, równocześnie u 8 z nich stwierdzić się dają nawroty. Z reszty, t. j. 54, nie leczono 19. U wszystkich 19 po wystąpieniu odczynu pojawiają się nawroty, t. j. w czasie, w którym według zwykłego schematycznego leczenia, leczyć się nie powinni. 35 leczy B. kierując się odczynem, i żaden z nich nawrotu nie okazuje.

Co do występowania odczynu w okresie późniejszym kiły, to do dziś dnia są zdania również podzielone: jedni utrzymują, że pojawianie się odczynu świadczy zawsze o sprawie świeżej; inni uważają to tylko za objaw przebytej kiły, zresztą nic więcej. Autor należy do obozu pierwszego, utrzymując, że chorzy mogą klinicznie nie okazywać zmian kiłowych, gdy sprawa toczy się skrycie dalej pod jakąkolwiek postacią, której na razie rozpoznać nie można. Na dowód przytacza 2 przypadki, w których wiele lat po zakażeniu przy pojawianiu się od czasu do czasu odczynu stwierdzono u jednego rozszerzenie aorty, u drugiego tętniak.

Ostatecznie z liczniejszej statystyki Boasa wynika, że pojawienie się odczynu Wassermanna po przeprowadzonem leczeniu świadczy zawsze o nawrocie. W pierwszych latach po zakażeniu możnaby przez badanie surowicy, co miesiąc przeprowadzone i natychmiastowe leczenie, o ile odczyn jest dodatni, niedopuścić do objawów wtórnych. A może tak postępując przez lata, udałoby się powstrzymać zmiany późniejsze, jak wiąd rdzenia, tętniaki, porażenie postępujące i t. d. *St. Łapiński.*

[1]) W klinice lekarskiej krakowskiej na 85 przypadków raz dotychczas spostrzegana i to przy użyciu nie surowicy krwi, ale cieczy przesiękowej, więc może nie tak częsta. (*Przyp. sprawozd.*).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.
Posiedzenie d. 5. kwietnia 1909.

1) Czł. Marchlewski przedstawił rozprawę p. Ant. Korczyńskiego: **O solach anormalnych; część druga.** Autor na szeregu nowo poznanych anormalnych soli amonowych wykazuje istnienie zależności pomiędzy pozycyą ujemnych grup w cząsteczce kwasowej, a zdolnością wytwarzania tych soli; ujmuje w ogólniejsze prawidła zjawiska te, badane na jedno-, dwu- i trójsubstytuowanych związkach i to zarówno jednakowemi, jak i różnorodnemi ujemnemi grupami. Wykazuje wreszcie, że zdolność tworzenia soli anormalnych jest funkcyą zarówno obecności danych grup w cząsteczce kwasowej, jak i ich rozmieszczenia i ciężaru atomowego.

2) Czł. Marchlewski przedstawił pracę p. Jana Kozaka: **O działaniu wodorotlenku potasowego na dwuoksym acetyloizatyny.** Autor próbował odczepić z dwuoksymu acetyloizatyny grupę acetylową zapomocą wodorotlenku potasowego, aby otrzymać sam dwuoksym izatyny. Stwierdził jednak, że tego niepodobna uskutecznić, gdyż przy działaniu wspomnianej zasady obok grupy acetylowej, odłącza się równocześnie i jedna grupa oksymowa, wobec czego zamiast dwuoksymu powstaje jednooksym izatyny.

3) Czł. Marchlewski przedstawił pracę pp. J. Buraczewskiego i M. Dziurzyńskiego: **Bromowanie strychniny, brucyny i innych alkaloidów.** Przez działanie bromu, rozpuszczonego w dwusiarczku węgla, na alkoholowy rozczyn strychniny otrzymali autorowie dotychczas dwubromową pochodną strychniny, najprawdopodobniej związek addycyi o wzorze $C_{21}H_{21}N_2O_2Br_2$. Przez gotowanie z wodą następuje rozkład tego związku, część pozostaje nierozpuszczona, jako ciało białe, z roztworu zaś wytrąca się alkaliami monobromostrychninę $C_{21}H_{21}BrN_2O_2$, która bromowana daje trójbromostrychninę. Oba związki nie są identyczne ze znanemi już tego rodzaju ciałami. Z brucyny przy zachowaniu tych samych warunków otrzymuje się monobromobrucynę $C_{23}H_{25}BrN_2O_2$ i trójbromobrucynę prawdopodobnie o wzorze $C_{23}H_{25}BrN_2O_4Br_2$. Tak monobromo- jak i trójbromobrucyna są różne od takich połączeń otrzymanych przez Beckurtsa. Oba związki brucynowe rozpuszczają się w rozcieńczonych kwasach mineralnych barwą czerwoną, która nie znika po zagotowaniu. Gdy się jednak najpierw zagotuje je z wodą a potem doda kwasu, barwa czerwona już nie występuje.

4) Czł. Marchlewski przedstawił pracę p. S. Mostowskiego: **Zachowanie glukozo-fenetydydu i czteroacetyloglukozo-fenetydydu w ustroju zwierzęcia.** Glukofenina nie okazuje działania toksycznego, nawet w dawce 5 gr na kg wagi ciała; ponieważ w 5 gr glukofeniny zawiera się 1·9 gr fenetydyny, a mniej niż 0·45 gr fenetydyny na kg wagi ciała wywołuje objawy zatrucia, zatem dołączenie się glukozy do fenetydyny znosi toksyczne działanie tej ostatniej. Antypiretycznie działa glukofenina słabo i niepewnie. Według hypotezy Fischera-Pilotyego należałoby przypuszczać, że glukofenina powinnaby utleniać się na odpowiedni sprzężony kwas glukuzonowy; w glukofeninie bowiem występuje glukoza z ochronioną grupą aldehydową; w rzeczywistości kwas glukozonowy sprzężony nie powstaje z glukofeniny w ustroju zwierzęcia, co przeciw hypotezie może przemawiać. Czteroacetylo-glukozofenetydyd otrzymano przez działanie fenetydyny na czteroacetylo-bromoglukozę w roztworze eterycznym. Próby zmydlenia $Ba(OH)_2$ w roztworze wodnym i alkoholu metylowego nie doprowadziły do celu; nie udało się zatem otrzymać połączenia glukozy z fenetydyną zbudowanego na wzór glukozydów. Czteroacetyloglukozofenetyd obniża temperaturę podniesioną sztucznie. Związek ten ulega sztucznie resorbcyi; z moczu można wyosobnić tylko ślady tego ciała. Natomiast najprawdopodobniej rozkłada się w przewodzie pokarmowym a zresorbowana fenetydyna obniża temperaturę, zwiększa ilość związanych siarczanów i można ją w moczu wykazać jako ciało związane z siarczanami. Natomiast paraamidofenol nie wytwarza się przy karmieniu zwierzęcia ani glukofeniną ani czteroacetyloglukofenetydydem.

5) Czł. Nap. Cybulski zdał sprawę z pracy wykonanej wspólnie z p. J. Dunin-Borkowskim: **Wpływ błon i przegród na siły elektromotoryczne.** Autorowie, wstawiając do ogniw koncentracyjnych i płynnych pęcherz, żelatynę, pergamin, białko, glinę i mięśnie, wykazują, że każda taka przegroda wywiera wpływ na siłę elektromotoryczną ogniw: bądź ją zwiększa, bądź zmniejsza. Te zmiany w sile elektromotorycznej są według autorów skutkiem zmian współczynnika ruchliwości ionów w samych przegrodach. Zmiany te są zależne tak od natury przegród, jakoteż od elektrolitów znajdujących się w rozczynach. Przy kwasach następuje zazwyczaj zmniejszenie ruchliwości kationu i w tym względzie wyjątek stanowi tylko pergamin. Przy ługu sodowym zmniejsza się współczynnik anionu bez różnicy przy wszystkich przegrodach. Ponieważ mięśnie, podobnie jak żelatyna zmniejszają współczynnik ruchliwości kationu, przeto autorowie dochodzą do wniosku, że przekrój poprzeczny mięśnia lub nerwu wskutek obumierania i zakisania nie może być źródłem siły elektromotorycznej, w takim razie bowiem przy odprowadzaniu prądów powierzchnia przekroju musiałaby być dodatnia, w rzeczywistości zaś jest zawsze ujemna. Z doświadczeń więc autorów wynika, że dotychczasowe zapatrywania na sprawę powstawania prądów w tkankach żywych są zupełnie nieuzasadnione.

(Treść 4 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie lwowskie.
XI. Posiedzenie naukowe d. 2. kwietnia 1909.

Przewodniczący, przypominając **o zjeździe balneologicznym**, który ma się wkrótce odbyć w Krakowie, zachęca członków do wzięcia w nim udziału.

I. Przewodniczący odczytuje **rezolucye**, zaproponowane przez zarząd, a ułożone stosownie do uwag podniesionych w dyskusyi **w sprawie płonicy**; rezolucye te po uwzględnieniu nieznacznych zmian uchwalono. Brzmią one: 1) Płonica pojawiała się we Lwowie w większem, niż poprzednio, nasileniu w ciągu r. 1907; wyższe liczby zachorowań przypadają na r. 1908, w ostatnich miesiącach widoczne jest zmniejszanie się epidemii. 2) Celem zapobiegania i zwalczania epidemii należy z całą energią zwalczać przypadki płonicy i w czasach wolnych od epidemii, stosując ściśle te przepisy, które obowiązują podczas stwierdzonej epidemii. 3) Pouczać ludność o środkach zapobiegających zakażeniu, zwrócić uwagę na łagodne postacie płonicy, które najwięcej przyczyniają się do rozszerzania epidemii. Do tego celu służą broszury, popularne odczyty i wprowadzenie obowiązkowej nauki higieny w szkołach. 4) Wykluczanie ze szkoły na odpowiedni przeciąg czasu uczniów, którzy zamieszkują domy nawiedzone płonicą; baczne obserwacye podejrzanych zachorowań w szkole, w razie potrzeby zamykanie klas, względnie całej szkoły. 5) Uwalnianie od zajęć osób, których rodzina jest nawiedzona płonicą, a które ze względu na swój zawód muszą stykać się z publicznością. 6) Nadzór nad artykułami spożywczymi przy wprowadzaniu ich do miasta i na targu. 7) Wskazane i pożądane jest leczenie wszystkich chorych na płonicę w odpowiednio urządzonych szpitalach epidemicznych, gdyż to najskuteczniej przyczynia się do szybkiego zwalczenia epidemii. 8) Wzbronienie odwiedzania osób zmarłych na płonicę i urządzenie odpowiedniego miejskiego domu przedpogrzebowego. 9) Dokładne i w odpowiednim okresie wykonane odkażenie rzeczy, oraz mieszkania chorego przez dobrze wyuczoną służbę według wskazówek i zawsze pod osobistym nadzorem lekarza. 10) Dostateczne powiększenie nadzoru sanitarnego w powiecie lwowskim.

II. Przewodniczący odczytuje list Prof. Sieradzkiego, który zwraca się do Towarzystwa z prośbą o zabranie głosu w sprawie zabudowania skweru przy placu Halickim, t. j. wzniesienia »pałacu sztuki«; w sprawie tej Koło literacko-artystyczne przedstawiło memoryał Radzie miejskiej, powołując się w nim na zdanie lekarzy, że skwer ten ze stanowiska higieny jest nawet szkodliwy. Po referacie odczytanym przez kol. Prof. Kucerę i krótkiej dyskusyi, uchwalono znaczną większością po myśli referatu wydać opinię, że ze stanowiska higieny zabudowanie wspomnianego skweru byłoby krokiem szkodliwym dla zdrowotności miasta.

III. Kol. L. Feuerstein: **O klinicznej wartości próby Wassermanna.** Po pobieżnem omówieniu ewolucyi teoryi odczynu W., podnosi prelegent brak swoistości tej próby ze stanowiska teoretycznego w przeciwieństwie do klinicznego. Zdanie to opiera prelegent na piśmiennictwie i własnem doświadczeniu. Badania przeprowadził na 452 próbach, wykonanych w lwowskim zakładzie higieny. W tej liczbie 109 kontrolnych

(49 płonicy, 60 ludzi bądź zdrowych bądź też z rozmaitemi cierpieniami, ale nie kiłą). W jednym tylko przypadku płonicy i to w 16. dniu choroby otrzymał przemijający wynik dodatni. Prelegent podaje szereg cyfr, otrzymanych z badania surowicy ludzi dotkniętych kiłą w różnych okresach, a więc wrzodu pierwotnego (na 9 w 5 dodatni), drugorzędną (na 50 nieleczonych rtęcią 46), trzeciorzędną (na 20 dodatnich 18). Na 13 przypadków kiły bez objawów w pierwszem pięcioleciu w 54% wynik dodatni. Na 104 przypadków porażenia postępującego w 74% wynik dodatni. W kile w czasie lub zaraz po leczeniu w 28% wynik dodatni. Na podstawie tych wyników trzeba przyjąć, że wynik dodatni próby przemawia za istnieniem kiły, ujemny wobec pewnych wyjątków niczego nie dowodzi. Na szeregu przykładów wyjaśnia prelegent korzyści praktyczne próby W. Podnosi prawie stałe wyniki dodatnie w kile wrodzonej, jak również w kile utajonej u matek, co jest ważne n. p. ze względu na badanie mamek. Co do techniki, to tylko zupełne powstrzymanie hemolizy należy uważać za wynik dodatni. (Demonstracya).

Dyskusya: kol. Blumenfeld, opierając się na wynikach innych badaczy, uważa, że próba W. jest zanadto przeceniona. Nie daje ona podstaw do rozstrzygnięcia, czy leczony chory został wyleczony, również rozpoznawczo, czy n. p. dana wysypka jest kiłową (chory mógł dawniej przebyć kiłę) i t. p. Kol. Selzer przytacza przypadki, gdzie, jak się przekonał, próba W. okazała się bardzo cennym środkiem pomocniczym w roz poznaniu tła cierpienia. — Kol. Prof. Kucera uważa omawianą próbę za cenny nabytek, choć ma ona pewne ujemne strony; strony takie mają jednak i inne znane próby biologiczne n. p. próba Widala. Co do próby W. i różnych wyników, ogłaszanych przez badaczy, to K. zauważa, że ogromne znaczenie ma tu ścisłość w samej technice wykonania. — Kol. Mazurkiewicz na podstawie obserwacyi klinicznej odniósł wrażenie, że próba W ułatwia rozpoznanie kliniczne; zapytuje prelegenta co do badanych przezeń 11 płynów mózgowo-rdzeniowych, z których 6 dało wynik dodatni, czy we wszystkich 11 przypadkach stwierdzono kiłę. — Na pytanie to kol. Feuerstein nie może dać pewnej odpowiedzi. *Nowicki.*

Uwaga. Prof. Biernacki w wykładzie swym w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem w d. 26. III. b. r. (por. »Przegląd lek.« Nr 16. str. 253. szp. II. wiersz 38) zaznaczył, że »nie odrzuca w zupełności istnienia retencyi kwasu moczowego, upatrując właśnie dowód możliwości takiej retencyi, retencyi krótkotrwałej, w występowaniu paralellizmu pomiędzy kwasem moczowym, a azotem w moczu w wartościach przeciętnych, nie myśli jednak, by retencya taka mogła być pierwszorzędną szkodliwością chorobową«.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie naukowe w d. 14 stycznia 1909 r.

Obecnych członków 32. Przewodniczy K. Rumszewicz.

1. Łążyński przedstawia **ciało obce** (kawałek igły), **wydobyte ze światła żyły odłokciowej.** Chora zjawiła się na drugi dzień po złamaniu igły w ręku. Wyczuć igły przy wymacywaniu nie powiodło się. Po rozcięciu skóry, nie mogąc znaleźć igły, zwrócił Ł. uwagę na ciemniejsze zabarwienie żyły i z niej wydobył igłę. Skrzepu nie było. Rana zagoiła się bez powikłań. Pomyślnem było to, że igła nie powędrowała dalej z biegiem krwi.

W dyskusyi zwraca Makowski uwagę na to, że igły należy szukać także w pochwie ścięgna, dokąd się łatwo wślizguje i przytacza podobny, niedawno przez siebie spostrzegany przypadek. Rentgenogram nie zawsze pozwala łatwo i szybko odnaleźć ciało obce.

2. Trzebiński **Z patologii nerwów** (Rzecz ma być ogłoszona drukiem).

W dyskusyi zapytuje Łążyński, jak makroskopowo wyglądają przerosty endoneuralne. Trzebiński wyjaśnia, że w niektórych przypadkach dają się one dostrzedz gołem okiem. Wojciechowski zapytuje o objawy kliniczne, wywoływane przez przerosty endoneuralne. Gdyby się udało wykazać związek między tymi przerostami, a niektóremi cierpieniami nerwów obwodowych, miałoby to doniosłe znaczenie dla neuropatologii. Trzebiński odpowiada, że w tym kierunku nie poczyniono jeszcze pewnych spostrzeżeń.

Posiedzenie naukowe w d. 11 lutego 1909 r.

Obecnych członków 31. Przewodniczy K. Rumszewicz.

1. K. Rumszewicz **O tarczy zastoinowej przy gruźlicy tęczówki**. (Rzecz ma być ogłoszona drukiem).

W dyskusyi zaznacza Łążyński, że prelegent podniósł bardzo ciekawą sprawę, a mianowicie występowanie brodawki zastoinowej przy cierpieniach przedniej części oka, dotychczas bowiem taka brodawka była zjawiskiem swoistem dla cierpień pozagałkowych, np. dla nowotworów mózgowia; zapytuje przytem, czy powiodło się prelegentowi spostrzegać zmiany zastoinowe w brodawce wtedy jeszcze, gdy oko można było prześwietlić. Rumszewicz odpowiada, że w danym przypadku wziernikowe badanie dna było niemożliwe. Zmiany stwierdzono po wyjęciu gałki; zaznacza przytem, że brodawka zastoinowa daje się spostrzegać i przy innych cierpieniach gałki ocznej i przyrzeka na jednem z najbliższych posiedzeń obszerniej omówić tę sprawę.

2. A. Modrzewski i J. Reize. **Serodyagnostyka kiły zapomocą odczynu Wassermanna**. (Rzecz ogłoszona w »Przeglądzie Lekarskim« Nr 13, 14, 15).

W dyskusyi zapytuje Trzebiński, w jaki sposób prelegenci tłómaczą fakt, stwierdzony już niejednokrotnie, że przy wiądzie rdzenia i porażeniu postępowem płyn mózgowo-rdzeniowy daje odczyn Wassermana, nie daje go zaś przy przymiocie mózgowo-rdzeniowym, chociaż wtedy odczyn ten można otrzymać z surowicy krwi. Czy dla wyjaśnienia tej okoliczności nie możnaby się oprzeć na hypotezie, postawionej niedawno przez Loewenthala, który twierdzi, że tak zwane metasyfilityczne choroby, więc przedewszystkiem wiąd rdzenia i porażenie postępowe, należy uważać za skutek nie toksyn, ale antytoksyn przymiotowych. Modrzewski odpowiada, że niema dotychczas zadowalniającego tłómaczenia tego ciekawego zjawiska. Łążyński: Dyagnostyka kiły przy pomocy wykrywania krętka bladego i sposobem Wassermana ma niejednakową wartość. Serodyagnostyka ma tę wyższość, że stwierdza obecność kiły i tam, gdzie krętka bladego już niema, albo wykrycie go staje się z technicznych powodów bardzo trudne. Reize zgadza się, że odczyn Wassermana ma znacznie szersze pole zastosowania, ale wykrycie krętka daje zato niezbitą pewność. Co do poruszonej przez Trzebińskiego sprawy zależności wiądu rdzenia i porażenia postępowego od antytoksyn, to pogląd taki nie jest mowcy obcym, lecz, zdaniem mowcy, nie zgadza się z niektórymi faktami, jak np. z tem, że wymienione choroby występują przeważnie u osób mało albo wcale nie leczonych. Modrzewski odpowiada Łążyńskiemu, że jak w każdej innej chorobie zakaźnej, tak i w kile, większą ma wartość rozpoznawczą znalezienie swoistej bakteryi, niż wykrycie swoistych ciał w surowicy. Łążyński przytacza kilka klinicznych przypadków z niepewnem rozpoznaniem, gdzie do rozwikłania sprawy bardzo się przyczynił odczyn Wassermana. Reize przestrzega przed bezwzględnem opieraniem się na wynikach odczynu Wassermana, gdyż możemy się spotkać u chorego na przymiot z chorobą, powstałą niezależnie od przymiotu, np. raka u chorego na kiłę przy dodatnim odczynie Wassermana moglibyśmy wziąć za kilaka. Hoffmann odpowiada Trzebińskiemu, że odczyn Wassermanna jest oparty na zasadniczych podstawach teoryi bocznych łańcuchów Ehrlicha i dlatego w tej teoryi należy szukać wytłómaczenia wszelkich nastręczających się w praktyce zagadnień. Tak też w danym przypadku, gdy przy kile rdzenia odczyn z płynem rdzeniowym dał wynik ujemny, a z surowicą dodatni. Mianowicie, teorya Ehrlicha mówi nam, że gdy jad w wielkiej ilości podziała na otaczające komórki, to ich czynności życiowe mogą być zniszczone i nie nastąpi wydzielanie się bocznych łańcuchów, w danym przypadku — amboceptorów; w miejscach zaś dalszych od źródła zarazy, gdzie niema tak gwałtownego działania jadu, amboceptory mogą się tworzyć w dostatecznej ilości i surowica da wynik dodatni. Przy wiądzie rdzenia, kiedy toksyny działają bardzo powoli, może także wytworzyć się znaczna ilość ciał ochronnych. Trzebiński: Taki stan rzeczy sprzeciwiałby się poglądowi, że naogół ilość antytoksyn wzrasta z ilością toksyn. Reize potwierdza uwagi Hoffmana, przytaczając jako przykład pewne małżeństwo, gdzie u męża przy słabych objawach kiły wystąpił odczyn Wassermanna, a u żony przy silnych nie wystąpił. Łowieniecki zwraca uwagę, że i przy odczynie Calmettea w przypadkach posuniętej gruźlicy otrzymujemy często ujemne wyniki. Obniski przyłącza się do zdania Łążyńskiego, że doniosłość odczynu Wassermanna jest większa, niż to podaje Reize, gdyż w tych przypadkach, gdzie dotychczas przy stosowaniu leczenia swoistego rozpoznawano chorobę »et juvantibus et nocentibus«, dzisiaj będziemy mogli iść więcej naukową drogą. Reize zgadza się z Obniskim, tylko ostrzega, że jedynie

krytyczne i przedmiotowe zachowanie się względem metody Wassermanna da możność stworzenia z niej niezawodnego środka rozpoznawczego. Studziński zapytuje, jak prędko po przeprowadzeniu swoistego leczenia występuje na nowo odczyn Wassermanna. Reize odpowiada, że ta sprawa jest dotychczas za mało wyjaśniona. W przypadkach autora odczyn znikł po energicznem stosowaniu wstrzykiwań rtęciowych. Makowski zapytuje, dlaczego oprócz dodatnich i ujemnych wyników odczynu Wassermanna występują wątpliwe, czy to są wady techniczne i czy mogą być usunięte? Modrzewski odpowiada, że wątpliwymi przy odczynie Wassermanna, nazywamy takie wyniki, przy których nie wszystkie użyte do odczynu krwinki uległy hemolizie. Zależeć to może od związania przez antygen amboceptor (0·2) tylko pewnej części użytego do doświadczenia komplementu (0·1). Może to nasuwać przypuszczenie, że używane tu dotychczas ilościowe normy nie są jeszcze bez zarzutu i wymagają pewnych poprawek. Waryński zaznacza, że odczyn Wassermanna obecnie jeszcze nie może odpowiedzieć nam na wiele pytań z syfilidologii i wymaga jeszcze dalszych spostrzeżeń i badań. Z punktu widzenia teoretycznego można zrobić zarzut co do swoistości odczynu, gdyż odczyn udawało się wywołać przy stosowaniu nietylko wyciągu z narządów kiłowych, lecz również przy stosowaniu wyciągów narządów niekiłowych (Elias, Neubauer, Porges, Salomon), lecytyny, kwasów żółciowych (Levaditi) i ich soli, nareszcie mydła (Sachs) i wody przekroplonej. Z punktu widzenia klinicznego nie zostały jeszcze obalone spostrzeżenia dodatniego odczynu Wassermanna przy płonicy (Eichelberg i Much), przy framboezyi podzwrotnikowej (Hoffmann i Blumenthal), u zwierząt przy kile końskiej (Landstein). Na podstawie tego ostatniego spostrzeżenia powstała nawet teorya, że wogóle choroby, wywoływane przez pierwotniaki, dają jednakowe zmiany w surowicy. Nareszcie otrzymywano dodatni odczyn Wassermanna przy gruźlicy, cukrzycy i niektórych nowotworach. Następnie przytoczył Waryński wyniki prac Malinowskiego i Serkowskiego na podstawie badań 145 przypadków, a na zakończenie wskazał na parę przypadków, dowodzących, że ujemny wynik odczynu Wassermanna nie stanowi jeszcze o braku kiły, skąd wniosek, że tymczasem powinniśmy się z pewnemi zastrzeżeniami kierować tylko dodatnim wynikiem. Reize odpowiada, że to, co mówił Waryński, znalazło uwzględnienie w wykładzie prelegentów. Co do przypadków kazuistycznych, to i on może podobny przytoczyć i dlatego też prelegenci nadają znaczenie tylko dodatnim wynikom odczynu. Modrzewski jeszcze raz zaznacza, że metody precypitacyjne (Klausner, Wernic) nie mają nic wspólnego z metodą wiązania komplementu. Odczyn ujemny, jak to podkreślają wszyscy badacze, nie wyłącza kiły i nie pozbawia prawa do rozpoznawania sprawy »ex juvantibus«.

3. B. Kozłowski przedstawia preparat **słoniowaciny moszny.** Chory 37-letni podaje w wywiadach, że przed 20 laty ukąsił go pies w nogę, poczem obrzękła noga i moszna. Przy badaniu: moszna wielkości dwóch pięści, obrzęk napletka, stulejka. Na mosznie dwie przetoki, przez które wydziela się mocz, odchodzący także przez cewkę, ale z trudnością. Operacya stulejki (obrzezanie). Cewnika do pęcherza wprowadzić nie było można. Przetoki moszny rozcięto i wytamponowano. Chory zjawił się po 12 latach z olbrzymio powiększoną moszną (ważyła po odcięcu 18 klg.), sięgającą niżej kolan. Cewka moczowa niedrożna, na mosznie 3 przetoki: w górze, w dole i z boku, przez które wydziela się mocz. Skóra słoniowato zmieniona. Operacya trwała 3 godziny (użyto morfiny 0·01 i chloroformu 20·0). Oddzielenie moszny z przodu, oddzielenie prącia i odcięcie moszny z tyłu. Rekonstrukcya krocza i wprowadzenie cewki moczowej do zrobionego w niem otworu. Pole operacyjne zalewała limfa. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Część pozostawionej schorzałej skóry obumarła. Mocz dłuższy czas był zasadowy, zawierał ropę i wałeczki, ale stopniowo się oczyścił. Zdrowienie trwało 2 miesiące. Badanie drobnowidowe wyciętych tkanek wykazało przerost tkanki łącznej. Sekretarz: *A Januszkiewicz.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 11. IV. do 17. IV. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Markowa 2, Sołotwina 6), Brzeżany (Kuropatniki 5), Buczacz (Krasiejów 2), Czortków (Bazar 7), Horodenka (Czortowiec 10, Żywaczów 2, Obertyn 1, Tyszkowce 3), Jaworów (Sarny 18), Kołomyja (Siemakowce 1, Gwoździec stary 4), Kosów (Chomczyn 1), Mościska (Czerniawa 1, Małnów 3, Małnowska wola 1), Skałat (Żerebki król. 1, Hlebów 1, Zarubińce 1, Kaczanówka 1, Sorucko 2), Śniatyn (Trościaniec 10), Tarnobrzeg (Nadbrzezie 4), Tarnopol (Konopkówka 1), Zborów (Jarczowce 1), Żółkiew (Batiatycze 7). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 11. IV. do 17. IV. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 4, płonicy 17 † 1 (w tem obcych 4 † —) odry 2 (1), duru brzusznego 1. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. IV. do 17. IV. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych 3 † —) płonicy 4 † 1 (— † 1) *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 21. IV. b. r. posiedzenie, na którem prym. Dr Borzęcki przedstawił przypadki świerzbiączki u rodzeństwa, Prof. Kostanecki preparat uchyłka w dołku nagłośni i preparat macicy dwudzielnej, doc. Seńkowski imieniem komisyi przemysłowej konserwy fabryki p. Rożańskiego, które Towarzystwo uchwaliło zalecić, a Dr Frączkiewicz miał wykład o gryserynie. W dyskusyi przemawiali: Prof. Lewkowicz, Dr Korolewicz, doc. Chlumsky.

— *Otrzymujemy następujące pismo:*

W Nrze 15 »Przeglądu lek.« z 10. IV. b. r. umieszczono w Wiadomościach bieżących doniesienie o Wystawie balneologicznej, która ma się odbyć w lecie b. r. w Zakopanem.

Wystawy tej w tym roku nie urządzamy. Był wprawdzie projekt zwołania Zjazdu balneologicznego do Zakopanego i urządzenia w tym czasie Wystawy, z powodów jednak od nas niezależnych postanowiliśmy odłożyć tę sprawę do przyszłego letniego sezonu.

Dr Józef Zychoń, lekarz stacyi klimatycznej.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Stella Schornstein-Rose, rodem z Nowego Sącza.

Lwów. Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-gal. w d. 7. IV. 1909 rozpatrywano szczegółowo sprawę zatargu lekarzy z Kasą chorych w Tarnopolu i uchwalono zwrócić się niezwłocznie z przedstawieniem sprawy do Namiestnictwa; dalej przyjęto do wiadomości, że rekurs Izby do ministerstwa w sprawie zatargu z Kasą chorych w Drohobyczu przeprowadza adwokat; uznano za niesłuszne zażalenie Dra L. w P. na zamianowanie drugiego lekarza w Kasie chorych, (ponieważ płaca Dra L. pozostała takasama, a ustanowienie drugiego lekarza w Kasie jest ułatwieniem pracy lekarzy); w końcu zatwierdzono taryfę lekarską dla Janowa koło Lwowa i załatwiono kilka spraw drobniejszych.

— Prezesem Towarzystwa ratunkowego wybrany został Dr E. Stroynowski, sekretarzem Dr Fels, skarbnikiem Dr Rubin, gospodarzem Dr Kruszyński.

— Miejska komisya sanitarna uchwaliła na posiedzeniu w d. 18. IV. b. r. zwinąć posady lekarzy epidemicznych, ustanowionych na czas epidemii płonicy, przedstawić Wydziałowi krajowemu pisemnie i przez osobną deputacyę konieczność przyspieszenia budowy krajowego szpitala zakaźnego we Lwowie, poprzeć u zarządu miasta prośbę »Towarzystwa walki z gruźlicą« o udzielenie kilku morgów lasu miejskiego na »stacyę leśną«, wreszcie wydała opinię w sprawie kontroli dezynfekcyi w szkołach miejskich.

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie ogłosiło w VIII. Zeszycie swych wydawnictw sprawozdanie za pierwszy rok (20. VI. 1907 do 30. VI. 1908). Wydział matematyczno-przyrodniczy liczył 39 członków, a odbył 5 posiedzeń, na których z dziedziny biologii przedstawiono 6, z innych działów 14 prac. Dochody Towarzystwa wynosiły 7657·20 rb. (w tem dar Prof. Baranowskiego 5000 rb.), wydatki 604·88 rb. Towarzystwo wydaje »Sprawozdania z posiedzeń« w zeszytach miesięcznych w 500 egzemplarzach. Obecnie ogłosiło 3 konkursy na prace naukowe z nagrodą po 1000 rb. (Wydział III. ogłosił konkurs z zakresu mineralogii).

— Towarzystwo higieniczne ogłosiło w Zesz. 4. »Zdrowia« sprawozdanie swe za rok 1908. Z kroniki Towarzystwa należy wymienić: zawiązanie oddziału weterynaryjnego, przygotowanie do założenia oddziału w Sosnowcu, założenie biura informacyjnego zdrojowisk krajowych, zorganizowanie komitetu badania i zwalczania raka, Zjazd balneologiczny w Ciechocinku, przygotowania do wystawy przeciwalkoholicznej, do organizacyi Towarzystw higieny publicznej w małych miejscowościach i t. p., a przedewszystkiem Zjazd higieniczny w Lublinie, przygotowania do Zjazdu w r. 1909 w Częstochowie, oraz do zbudowania tamże stałego muzeum higienicznego, wreszcie otwarcie sanatoryum w Rudce. Z Wydziałów Tow. odbył Wydział biologiczny posiedzeń 6 (z 6 wykładami), Wydział higieny miast i mieszkań 4 (4), przeciwalkoholiczny 1 (1), higieny ludowej 2 (1), higieny szpitali 4 (5), higieny wychowawczej 8 (10), higieny zdrojowisk urządził odczytów 14. Towarzystwo liczyło 461 członków, a miało 3550 rb. dochodu, 3489 rb. wydatków. Wydawnictwo miesięcznika »Zdrowie« kosztowało w r. 1908 1945 rb. Bilans sanatoryum w Rudce zamyka się kwotą 241.024 rb., projekt budżetu sanatoryum na r. 1909 przewiduje 43.020 rb. dochodu, a 43.750 rb. wydatków (niedobór 780 rb.). Również imponująco przedstawia się działalność zarządzanych przez Towarzystwo Ogrodów im. Raua i Instytutu im. Lenvala. W 9 ogrodach im. Raua oprócz zabaw ruchowych najróżniejszego typu, udzielano gimnastyki, uczono pływania, odbywała się ślizgawka i dawano kąpiele. Ogrodami kierował zawodowo wykształcony personal, liczący w zimie 38, w lecie 78 osób. Ogółem było »uczęszczań« 780.582 (w r. 1907 — 565.785), dziennie więc korzystało z ogrodów średnio (przez cały rok) prawie 2200 dzieci. Jedno »uczęszczanie« kosztowało średnio 2,2 kopiejek; wydatki wyniosły 20,154 rb., majątek Ogrodów wynosi 330.301 rb. W Instytucie Lenvala udzielano porad lekarskich i higienicznych, zabiegów higienicznych, wydawano mleko (»Kropla mleka«), urządzano pogadanki higieniczne. O zakresie pracy Instytutu dadzą wyobrażenie następujące liczby: wydano 37.140 kąpieli, udzielono 6325 porad lekarskich, wydano 141.693 flaszeczek mleka pasteryzowanego. Niestety środki Instytutu są niewystarczające: przy wydatkach 7783 rb., był w r. 1908 niedobór 1723 rb. (pokryty z wyczerpującego się już fundusiku zapasowego, zaoszczędzonego przy budowie gmachu Instytutu), a na r. 1909 przewidywany jest niedobór 2540 rb.; w r. 1910 zagraża nawet Instytutowi po wyczerpaniu się wszelkich zapasów — zamknięcie!

Działalność prowincyonalnych oddziałów Towarzystwa była niejednomierna. Najsłabiej rozwija się, jak się zdaje, oddział otwocki (34 członków — 57 rb. z wkładek) i kujawski (37 członków — 517 rb. dochodu), chociaż podnieść należy, że oddział kujawski urządził 9 odczytów (oprócz 3 posiedzeń Wydziału biologicznego). Oddział kaliski miał 108 członków, urządził 5 odczytów, prowadził »Kroplę mleka«, (wydano 2011 l. mleka 40 dzieciom), kolonie letnie (56 dzieci), zabawy dziecięce (średnio 50 dzieci dziennie), kąpiele (4433). Oddział lubelski miał 171 członków, prowadził »Kroplę mleka«, systematyczne wykłady higieniczne, a przedewszystkiem zajęty był urządzeniem wystawy higienicznej i Zjazdem. Oddział łódzki liczył 316 członków, urządził 16 odczytów, wydawał broszury i plakaty popularne, zorganizował walkę z cholerą. Wreszcie oddział częstochowski miał 104 członków, urządził 5 popularnych odczytów, utworzył pracownię bakteryologiczną i zajmował się energicznie sprawami muzeum higienicznego.

Potężniejąca mimo bardzo trudnych warunków działalność warszawskiego Towarzystwa higienicznego, budzi otuchę na przyszłość, a nasuwa życzenie, aby i w Galicyi działające pokrewne Towarzystwa zdołały przełamać obojętność społeczeństwa wobec spraw higienicznych.

Na Walnem zebraniu w d. 19. 4. b. r. wybrano członkiem honorowym Towarzystwa Dra Henryka Dobrzyckiego. Do Rady Towarzystwa zostali wybrani: Dr K. Chełchowski, W. Dąbrowski i O. Hewelke i mag. M. Białobrzeski.

Z różnych stron. Projekt obowiązkowego szczepienia krowianką w Rosyi, opracowany przez główny urząd lekazski, będzie zapewne, jak przypuszcza »Gazeta lek.« (15) znowu pogrzebany, ponieważ władze administracyjne gubernialne nadesłały opinie, przeważnie nieprzychylne.

— Teraźniejszy sposób przyjmowania do Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu, a mianowicie wybieranie kandydatów z najlepszymi stopniami w świadectwie dojrzałości, ma być zmieniony na przyjmowanie na zasadzie egzaminów konkursowych. *S.*

— Brak publicznego nadzoru nad zakładami dla umysłowo-chorych, jakoteż łatwość umieszczania w nich osób rzekomo chorych doprowadzają w Anglii do różnych nadużyć; dowodem tego jest zdarzenie, którego ofiarą padł pewien znany chirurg w Londynie. Wskutek wytężonej pracy popadł on w stan podniecenia, a z polecenia żony zbadany przez dwóch lekarzy, umieszczony został na zasadzie ich opinii w domu zdrowia z rozpoznaniem zniedołężnienia poraźnego. Tu wypuszczono mu nawet płyn mózgowo-rdzeniowy dla zbadania. Nareszcie po 4 tygodniach udało się przyjaciołom uwolnić go z zakładu. Naturalnie przez zajście to stracił biedak całą klientelę. *X.*

Mianowani: Dr Iljin profesorem chemii lek. w Akademii wojskowo-lek. w Petersburgu, Prof. Stern z Wrocławia dyrektorem kliniki lekarskiej w Gryfii, Prof. Krause z Jeny dyrektorem polikliniki lek. w Bonn, Prof. Dürck z Monachium profesorem anatomii patol. w Bonn.

Zmarli: Chirurg Prof. Woskreseński w Charkowie; otyatra Prof. Haug w Monachium; Dr Karol Kobryniec w Wysokiem Litewskiem.

Redakcya otrzymała: Fontes: Untersuchungen üb. d. chemische Natur der den Tuberkelbacillen eigenen Fett- und Wachsarten etc. »Ctbl. f. Bakt.«, 1909. — Prowazek i Beaurepaire: Untersuchungen üb. d. Variola. »Münch. med. Wochs.«, 1908. — Prowazek: Studien zur Biologie der Zellen. »Biol. Ctblt.«, 1908. — Ciechanowski i Gliński: O wrodzonych przetokach przełykowo-przełykowych. Akad. Um., 1909. — J. Jelinek: Exstrophia vesicae urinarine. Odb. »Cas. lek. cesk.«, 1908. — T. Praschil: Truskawiec w Galicyi. Wyd. III. Drohobycz, 1909. — Opolski: Myokerosis angiotica haemorrhagica, nowa postać skazy krwotocznej. Lwów, 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 28. kwietnia 1909 o g. 6 wieczór w klinice lekarskiej** (Kopernika 15). Na porządku dziennym: 1) Prof. Jaworski i Dr Korolewicz: Opsoniny w schorzeniach gruźliczych i technika ich badania (z demonstracyami).— 2) Przedstawienie chorych klinicznych.